



**ANA CAROLINA MENO
SERRA**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO COMMUNICATION
DISABILITY PROFILE (CDP) – VERSÃO PORTUGUESA**



**ANA CAROLINA MENO
SERRA**

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO COMMUNICATION
DISABILITY PROFILE (CDP) – VERSÃO PORTUGUESA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro, e do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a TODA a minha família por nunca duvidarem de mim. Pela minha ausência nos momentos importantes, pela calma e tolerância demonstradas nos momentos em que fui mais intransigente. Pelos momentos de aprendizagem e experiências proporcionados, que me tornaram na pessoa que sou hoje.

o júri

presidente

Professor Doutor António Joaquim da Silva Teixeira
Professor Associado da Universidade de Aveiro

vogais

Doutora Inês Tello Rato Milheiras Rodrigues
Investigadora da Universidade Católica Portuguesa

Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos
Professora Adjunta Convidada da Universidade de Aveiro (orientadora)

Agradecimentos

Às pessoas com afasia que participaram neste projeto, pela disponibilidade e partilha de conhecimento.

À Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, pela orientação, apoio e incentivo. Também pelo carinho, confiança e respeito com que me tratou ao longo de todo o processo. Foi uma honra sentir-me como colega ao lado de uma grande Referência, não apenas pela excelente Profissional de Saúde, mas também pela excelente Professora que é.

Ao Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus, pela orientação, pelos sábios conselhos e dedicação prestada no projeto. Foi um prazer trabalhar ao lado de um grande Investigador e poder receber parte do seu conhecimento.

À Terapeuta da Fala e Fundadora do Instituto Português da Afasia (IPA) Dr.ª Paula Alexandra dos Santos Valente, por toda a dedicação e disponibilidade prestadas ao longo de todo o projeto.

Ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra pela autorização da realização deste estudo e em especial ao Professor Doutor João Páscoa Pinheiro.

Ao Centro de Desportos e Congressos de Matosinhos, em especial à Associação para o Desenvolvimento Integrado de Matosinhos (ADEIMA), pela cedência de espaço para a realização do projeto no Norte.

Aos Amigos que sempre estiveram presentes nos momentos mais difíceis que me fizeram sentir capaz, competente e merecedora deste projeto.

Palavras-chave

Afasia, avaliação da afasia, CDP, Pessoas com Afasia.

Resumo

A avaliação aplicada a uma pessoa com afasia deverá compreender as alterações específicas da linguagem e o impacto da afasia nas suas atividades e participação na sociedade. Neste sentido, em Portugal foi traduzido e adaptado para o Português Europeu o *Communication Disability Profile (CDP)*. O objetivo deste estudo foi a validação de conteúdo do CDP. Consultou-se um painel de peritos constituído por pessoas com afasia (PCAs) (N = 11). A metodologia adotada (*participatory workshops*) proporcionou a integração do painel de peritos em grupo, de forma a potenciar o espírito crítico e de discussão, assim como a obtenção de um maior número de sugestões. Os dados foram processados com um programa de análise qualitativa. No que concerne à Forma, o painel de peritos foi unanime ao referir que o CDP não está formatado adequadamente à população portuguesa com afasia e por isso, parte das sugestões vão de encontro à sua adaptação de acordo com a sociedade e cultura portuguesas. Quanto ao Conteúdo, nas categorias Ambiguidade e Relevância, o painel considerou o CDP válido, constituído por itens pertinentes, que vão de encontro à realidade das PCAs cobrindo as suas necessidades. Na categoria Clareza os peritos classificaram o CDP claro mas incompleto nas temáticas Atividades e Participação. Grande parte das sugestões efetuadas pelas PCAs passa por acrescentar novos tópicos nas áreas supracitadas tendo em conta a realidade tecnológica atual. Para trabalhos futuros será benéfico que os investigadores tenham em conta o tipo de metodologia usada neste projeto. Os critérios de inclusão devem ser cautelosamente definidos, principalmente os indicadores escolaridade, profissão, idade e o tempo de evolução da etiologia.

Keywords

Aphasia, Assessment of aphasia, CDP, People with Aphasia

Abstract

The assessment of a person with aphasia should include the specific alterations of the language and the impact of aphasia in their activities and participation in the society. In Portugal, the Communication Disability Profile (CDP) was translated and adapted to European Portuguese. The goal of this study was to validate the content of the CDP. A panel of experts composed of people with aphasia (PWAs) (N = 11) was consulted. The adopted methodology (participatory workshops) integrated the experts' panel in group, in order to promote the critical spirit and discussion, to obtain the largest number of suggestions/alterations from the PWAs. Data was processed with qualitative analysis program. Regarding Form, the panel of experts was unanimous to mention that the CDP is not formatted appropriately for the Portuguese population of PWAs and therefore part of the suggestions were used to adapt it to the Portuguese society and culture. As for the Content, in the categories of Ambiguity and Relevance, the panel considered the CDP valid, consisting of relevant items which meet the reality of PWAs and covering their necessities. In the category of Clarity, the experts classified the CDP as clear but incomplete in terms of the topic Activities and Participation. Most of the suggestions concerned adding new topics in the above areas considering current technological/media reality. For future work, when including PWAs it would be beneficial that the researchers take into account the type of methodology used in this project. The inclusion criteria must be cautiously defined, mainly factors such as number of school years, profession, age and development period of the aetiology.

Índice

Lista de siglas e abreviaturas.....	I
Índice de Tabelas.....	II
Índice de figuras	III
CAPÍTULO 1: Introdução.....	1
1.2. Objetivos do estudo.....	2
1.3. Estruturação da Dissertação.....	2
CAPÍTULO 2: Revisão da Literatura	3
2.1. Introdução	3
2.2. Afasia	3
2.3. Epidemiologia da afasia	3
2.4. Consequências da afasia.....	4
2.5. A CIF e o seu papel na afasia	5
2.6. Importância do conhecimento do impacto da afasia no quotidiano das PCAs para os profissionais de saúde	7
2.7. Avaliação da afasia	8
2.7.1. Estudos realizados sobre avaliação da afasia em Portugal	8
2.8. O “Communication Disability Profile” (CDP)	9
2.9. Validade de conteúdo.....	10
CAPÍTULO 3: Metodologia.....	13
3.1. Introdução	13
3.2. Tipo de estudo	13
3.3. Amostra	13
3.4. Método de seleção	13
3.5. Recolha de dados.....	14
3.5.1. Fase 0.....	16
3.5.2. Fase 1 Fase 3 Fase 4	16
3.5.3. Fase 2.....	18
3.5.4. Entrevistas às PCAs	18
3.5.4.1. Fase 1 Fase 2 Fase 3	18
3.6. Procedimentos e instrumentos	19
3.6.1. Seleção da amostra – Fase 0	19
3.6.1.1. Instrumentos utilizados com as PCAs.....	19
3.6.2. Fase 1 Fase 2 Fase 3	20
3.7. Tratamento dos dados.....	21
3.8. Fase 4.....	23
CAPÍTULO 4: Resultados.....	24
4.1. Introdução	24
4.2. Fase 0.....	24
4.3. Fase 1 Fase 2	25
4.3.1. Resultados quanto à Forma.....	25
4.3.1.1. Resultados da categoria (Nó) <i>Design</i>	25
4.3.2 Resultados quanto ao Conteúdo	26

4.3.2.1. Resultados da categoria (Nó) Clareza.....	26
4.3.2.2. Resultados da categoria (Nó) Relevância	26
4.3.2.3 Resultados da categoria (Nó) Ambiguidade	27
4.3.2.4 Resultados da categoria (Nó) Extensão do instrumento.....	27
4.3.3. Sugestões (alterações) efetuadas quanto à Forma	28
4.3.3.1. Sugestões relativas à categoria <i>Design</i>	28
4.3.4. Sugestões (alterações) efetuadas quanto ao Conteúdo	28
4.3.4.1. Sugestões relativas à categoria Clareza.....	28
4.4. Fase 3	30
4.4.1. Resultados quanto à Forma.....	30
4.4.1.1. Resultados da categoria (Nó) <i>Design</i>	30
4.4.2 Resultados quanto ao Conteúdo	31
4.4.2.1. Resultados da categoria (Nó) Clareza.....	31
4.4.2.2. Resultados da categoria (Nó) Relevância	31
4.4.2.3 Resultados da categoria (Nó) Ambiguidade	31
4.4.3. Sugestões (alterações) efetuadas quanto à Forma	32
4.4.3.1. Sugestões relativas à categoria <i>Design</i>	32
4.4.4. Sugestões (alterações) efetuadas quanto ao Conteúdo	32
4.4.4.1. Sugestões relativas à categoria Clareza.....	32
4.5. Sugestões / alterações obtidas nas fases 1, 2 e 3.....	32
4.6. Fase 4	34
CAPÍTULO 5: Discussão.....	37
5.1. Introdução	37
5.2. Fase 1 Fase 2 Fase 3	37
5.2.1. Resultados obtidos quanto à Forma.....	37
5.2.2. Resultados quanto ao Conteúdo	37
5.2.3. Sugestões / alterações obtidas nas fases 1, 2 e 3.....	38
5.3. Fase 4	40
CAPÍTULO 6: Conclusões	41
6.1. Introdução	41
6.2. Conclusões.....	41
6.3. Implicações dos resultados obtidos na prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal	41
6.4. Limitações do projeto	42
6.5. Trabalhos futuros.....	42
Bibliografia	43
Anexos	54
Anexo 1 Cronograma recolha de dados grupo Norte.....	55
Anexo 2 Cronograma recolha de dados grupo Centro	57
Anexo 3 Parecer Comissão de Ética.....	59
Anexo 4 Consentimento Informado para pessoas com afasia	60
Anexo 5 Guião para entrevistas.....	68

Lista de siglas e abreviaturas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVCs - Acidentes Vasculares Cerebrais

BAAL - Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa

CDP - Communication Disability Profile

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIMES - *Centro de Investigaciones Médico Sanitarias*

IPA – Instituto Português da Afasia

MMSE - *Mini Mental State Examination*

NINDS - *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCA - Pessoa com afasia

PCAs - Pessoas com afasia

PE - Português Europeu

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

TF - Terapeuta da Fala

TFs - Terapeutas da Fala

Índice de Tabelas

Tabela 1 Visão geral dos domínios da CIF (DGS, 2004, pp. 13, 19)	6
Tabela 2 Vantagens e desvantagens do <i>participatory workshop</i> (Alliance, 2001).....	17
Tabela 3 Caraterização da população de PCAs (amostra).....	24
Tabela 4 Caraterização da população de PCAs (amostra).....	24
Tabela 5 Caraterização da amostra segundo a avaliação realizada	25
Tabela 6 Caraterização da amostra segunda a avaliação realizada	25
Tabela 7 Resultados obtidos quanto ao Design do CDP	25
Tabela 8 Resultados obtidos quanto à Clareza do CDP	26
Tabela 9 Aspetos Negativos e Positivos do CDP	26
Tabela 10 Resultados obtidos quanto à Relevância do CDP	27
Tabela 11 Resultados obtidos quanto à Ambiguidade do CDP	27
Tabela 12 Opinião dos elementos de ambos os grupos sobre a extensão do Instrumento	27
Tabela 13 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria Design	28
Tabela 14 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria Clareza.....	28
Tabela 15 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria Clareza.....	29
Tabela 16 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria Clareza.....	30
Tabela 17 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Design.....	31
Tabela 18 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Clareza.....	31
Tabela 19 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Relevância	31
Tabela 20 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Ambiguidade	32
Tabela 21 Sugestões propostas na Fase 3 quanto à Categoria Design	32
Tabela 22 Sugestões propostas na Fase 3 quanto à Categoria Clareza	32
Tabela 23 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia	34
Tabela 24 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia	34
Tabela 25 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia	35
Tabela 26 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia	36

Índice de figuras

Figura 1 Guião de Entrevistas de Validação de Conteúdo	18
Figura 2 Estrutura Base de Análise Qualitativa	21
Figura 3 Nó (categoria) Design e subnós (subcategorias) Sim, Não e sugestões/alterações.....	23
Figura 5 Percentagem de sugestões propostas pela investigadora aceites e refutadas	33
Figura 4 Percentagem de sugestões painel de peritos vs. investigadora	33
Figura 6 Percentagem de sugestões dadas por grupo	33
Figura 7 Percentagem de sugestões segundo o tipo de reunião (entrevista)	33
Figura 8 Indicadores utilizados para as sugestões validadas da versão final do CDP para a população portuguesa com afasia	36

CAPÍTULO 1

1.1. Introdução

A afasia consiste na perda ou diminuição do funcionamento da função da linguagem por lesão cerebral (Benson & Ardila, 1996). A maioria das definições de afasia (ASHA, 2015; Papathanasiou, Coppens, & Potagas, 2011) centra-se sobre a incapacidade adquirida por lesão cerebral que impede o normal funcionamento da linguagem. No entanto, a *World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001), conhecida em Portugal por Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)(OMS, 2003) alerta-nos sobre as consequências que essa incapacidade poderá ter no funcionamento comunicativo e na qualidade de vida da pessoa com afasia (PCA) (Martin, Thompson, & Worrall, 2008). São vários os autores (Papathanasiou et al., 2011) que relatam que mesmo para as pessoas saudáveis (sem perturbação) a comunicação não se prende apenas com componentes transacionais. Ou seja, prende-se na transferência de mensagem ou troca de informação, mas também, e sobretudo, na interação social (Papathanasiou et al., 2011). Por outras palavras, comprometer a capacidade de um indivíduo se envolver numa conversa significa comprometer simultaneamente a capacidade de este participar na sua vida social (Davidson, Worrall, & Hickson, 2008).

Com base nas conceções teóricas apresentadas pela CIF, considera-se que as consequências de uma perturbação são expressas tendo em conta o seu resultado nas Funções e Estruturas do corpo da pessoa, assim como nos seus níveis de Atividade e Participação. Assim, a avaliação de uma PCA deverá compreender/incluir as alterações específicas da linguagem e o impacto da afasia nas suas atividades e na sua participação na sociedade (Simmons-Mackie et al., 2011).

Os instrumentos de avaliação tradicionais da afasia direcionam a sua avaliação para o défice da linguagem nas componentes nomeação, compreensão auditiva, leitura e escrita (Simmons-Mackie et al., 2011), não questionando o impacto que a afasia tem sobre os níveis de Atividade e Participação (Frattali, 1998; Kearns, 1992; Worrall, McCooey, Davidson, Larkins, & Hickson, 2002; Worrall, 1992). Sendo o Terapeuta da Fala (TF) o profissional responsável pela prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico da comunicação humana (Diário da República, 1993), é necessário que na sua prática as avaliações funcionais de comunicação tenham o objetivo de medir as capacidades de comunicação da pessoa e de como se envolvem nas suas práticas diárias (Frattali, 1998; Kearns, 1992; Worrall et al., 2002; Worrall, 1992).

Neste contexto, a literatura tem referido a necessidade de haver um maior desenvolvimento e aplicação das classificações da Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente da CIF, na prática da Terapia da Fala (Worrall et al., 2002). Neste sentido, houve já investigadores que sentiram a necessidade de colmatar esta lacuna. Em Portugal, no âmbito de uma Tese de Doutoramento (Matos, 2012), foi desenvolvida uma bateria de testes de avaliação que permite medir níveis de Deficiência, Atividade e Participação. Foi traduzido e adaptado para o Português Europeu (PE) o *Communication Disability Profile* (CDP). Este é um instrumento que permite à PCA expressar os seus pontos de vista e as suas experiências. Permite à pessoa que o administra e à PCA explorar e classificar o impacto de adquirir e viver com afasia (Swinburn & Byng, 2006). O CDP não é um instrumento para avaliar a perturbação de linguagem. Trata-se de um instrumento de avaliação que permite avaliar o impacto da perturbação da linguagem a partir

da perspetiva da PCA. O indivíduo é trazido para o centro do processo de modo a validar a sua experiência subjetiva (Swinburn & Byng, 2006). Para que o instrumento de avaliação possa ser considerado útil e utilizado formalmente, é necessário que seja submetido a um processo de validação.

Um dos motivos que levou ao desenvolvimento deste estudo é a validação de conteúdo do referido instrumento, uma vez que ainda não se encontra validado para a população portuguesa de pessoas com afasia (PCAs). Pretende-se com este estudo poder apetrechar o TF com um meio adequado à avaliação das consequências da afasia na vida diária das PCAs. Tal facto irá contribuir para um melhor conhecimento desta realidade, particularmente das atividades sociais e níveis de participação desta população e dos seus elementos facilitadores. Irá contribuir para um aumento da eficácia terapêutica, dado que procura uma melhor adaptação dos objetivos terapêuticos à realidade vivida por estes utentes e naturalmente por uma melhor qualidade de vida de todos os intervenientes no processo.

1.2. Objetivos do estudo

Como já foi referido, o grande objetivo deste estudo é efetuar a validação de conteúdo do CDP. Para tal, é necessário recorrer a um painel de peritos, constituído por PCAs, com o intuito de obter uma versão final do instrumento que vá de encontro, o mais possível, à real necessidade da população portuguesa com afasia.

Tendo em conta o objetivo acima descrito foi elaborada a seguinte questão de investigação: Será que o *Communication Disability Profile* (CDP) – versão portuguesa, mede as consequências da afasia nos níveis Atividade, Participação, Fatores Contextuais e Emoções da população portuguesa com afasia?

1.3. Estruturação da Dissertação

No capítulo 1, introdução, é feita uma breve abordagem ao tema explorado, sendo enumerados os motivos que levaram à realização do estudo e os objetivos pretendidos para a sua elaboração. Posteriormente é definida a questão de investigação e a estrutura da dissertação. No capítulo 2, revisão da literatura, é feito o enquadramento teórico sobre o estado de arte do tema em questão, sendo inicialmente apresentada uma sucinta definição de afasia, a sua epidemiologia e as suas consequências. É apresentado o papel que a CIF tem no conceito de afasia de forma a abordar o tópico da sua avaliação. Finalmente é apresentado o instrumento de avaliação CDP e uma breve definição do conceito de validade de conteúdo. No capítulo 3, metodologia, é exposto o tipo de estudo, a seleção da amostra, uma breve descrição da metodologia adotada, as várias fases referentes à recolha de dados, seguindo-se os procedimentos e instrumentos usados. Por fim é referido o tratamento de dados. No capítulo 4, resultados, são ilustrados os dados obtidos nas diferentes fases do estudo, de forma a responder à questão de investigação. O capítulo 5, discussão, descreve a análise e discussão dos resultados obtidos no capítulo 4, tendo por base o esquema seguido no capítulo anterior. O capítulo 6, conclusões, é constituído por uma síntese do trabalho realizado, onde é feita uma reflexão sobre a sua importância para a prática clínica dos Terapeutas da Fala (TFs) em Portugal, enumeradas as limitações e dificuldades sentidas no desenvolvimento do presente estudo. Por último, serão descritas algumas sugestões que possam ser tomadas em consideração em trabalhos futuros desta natureza.

CAPÍTULO 2

Revisão da Literatura

2.1. Introdução

Neste capítulo é apresentado o enquadramento teórico sobre o estado de arte do tema abordado no presente estudo.

Inicialmente será apresentada uma breve definição de afasia, a sua epidemiologia e suas consequências. Será dada uma visão do papel que a CIF tem no conceito de afasia, de modo a abordar o tópico da sua avaliação. Posteriormente é apresentado o instrumento de avaliação CDP, em particular a sua estrutura, o seu propósito e a quem se destina. Finalmente será apresentada uma definição sucinta do conceito de validade de conteúdo e dos processos nele contido. Ainda neste tópico serão referidos alguns aspetos a ter em consideração quando a validação de conteúdo é feita através de um painel de peritos constituído por PCAs.

2.2. Afasia

Muitas definições de afasia têm sido propostas ao longo do tempo. De um modo geral, a afasia é causada por uma lesão cerebral ao nível das áreas responsáveis pela linguagem, afetando as capacidades que lhe estão subjacentes. No entanto, a afasia não é uma única perturbação, mas sim um conjunto de perturbações que envolve vários graus de comprometimento em quatro áreas primárias: expressão, compreensão, escrita e leitura. Uma PCA tem muitas vezes as capacidades cognitivas não linguísticas intactas, tais como a memória e funções executivas, embora estas possam coocorrer com o diagnóstico de afasia. Défices sensoriais, tais como agnosia auditiva e visual, podem também estar presentes (ASHA, 2015). As causas mais comuns da afasia são: Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico ou hemorrágico; Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE); Tumores Cerebrais; lesão pós cirurgias cerebrais; infeções cerebrais; outras patologias neurológicas (ASHA, 2015). O AVC é a causa mais comum da afasia. De acordo com a National Aphasia Association (2011) entre 25% e 40% dos sobreviventes de AVC apresentam diagnóstico de afasia.

Enquanto a maioria das definições de afasia se centram na incapacidade adquirida por lesão cerebral que impede o normal funcionamento da linguagem (Papathanasiou et al., 2011), à exceção do ponto de vista funcional, em que a afasia é vista como um défice de comunicação que mascara a sua própria competência (Worrall & Frattali, 2011), a CIF (DGS, 2008), foca a nossa atenção sobre as consequências que essa incapacidade tem no funcionamento comunicativo e na qualidade de vida da PCA (Martin et al., 2008). Mesmo para as pessoas saudáveis a comunicação não se centra apenas sobre as componentes transacionais comunicativas, ou seja, na permutação de mensagens ou troca de informação, mas também, e sobretudo na interação social (Papathanasiou et al., 2011).

Segundo Kagan e Gailey (1993), comprometer a capacidade de um indivíduo se envolver numa conversa afeta simultaneamente a capacidade de este participar na sua vida social.

2.3. Epidemiologia da afasia

A afasia ocorre frequentemente como resultado de um AVC (Salter, Jutai, Foley, Hellings, & Teasell, 2006) podendo também surgir devido à presença de um tumor cerebral, de um TCE, de uma variedade de doenças neurológicas ou de outras situações análogas (Kagan & Simmons-

Mackie, 2007). É mais frequente surgir nas pessoas idosas, visto ser esta a faixa etária com maior incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs). Contudo, poderá também surgir em pessoas jovens e em crianças.

Entende-se por *incidência* da afasia o número de casos identificados num determinado período de tempo. Estima-se que, anualmente existam 80000 novos casos de afasia nos Estados Unidos (National Stroke Association, 2014). A *prevalência* da afasia diz respeito ao número de pessoas que vivem com afasia num determinado período de tempo. O *National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)* estima que aproximadamente um milhão de pessoas nos Estados Unidos sofram de afasia (NINDS, 2015). Quinze por cento dos indivíduos com idade inferior a 65 anos experienciam afasia. Esta percentagem aumenta em 43% em indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos (Engelter et al., 2006). Em Inglaterra a incidência da afasia estima-se que seja de dois para cada mil habitantes (Code & Heron, 2003). Mais de metade das pessoas que tiveram um AVC apresentam deficiências físicas e pelo menos 15% tem afasia. Na Suíça, anualmente, 43 em 100000 habitantes têm afasia como consequência de um primeiro AVC isquémico (Engelter et al., 2006). Segundo o *Centro de Investigaciones Médico Sanitarias (CIMES)* da Universidade de Málaga, Espanha, estima-se que entre 21% a 38% dos utentes tenham afasia como consequência de um AVC. Em Portugal não existem estudos epidemiológicos sobre a afasia. Ainda assim, é sabido que a frequência com que os AVCs ocorrem é significativamente superior à de outros países da Europa (Vaz et al., 1996) sendo esta a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal (DGS, 2008).

Apesar dos números supracitados, a afasia é uma realidade desconhecida pela maioria das pessoas, relativamente a outras patologias que apresentam taxas de incidência idênticas ou menores. Este desconhecimento leva a que haja efeitos negativos ao nível económico, psicossocial e político. Os serviços de apoio são pois minorados, tal como a empatia e compreensão para com as PCAs que pretendem reintegrar-se na comunidade (Elman, Ogar, & Elman, 2000).

2.4. Consequências da afasia

A afasia surge geralmente sem aviso prévio e mantém-se a partir desse momento, de forma permanente, como parte integrante da vida diária de todos quantos se relacionam com quem a apresenta (Chapey, 2001). As consequências reais da afasia vão muito mais além das perturbações da linguagem e da comunicação (Chapey, 2001; Goodglass, 1993). As mudanças profundas e inesperadas associadas à afasia iniciam uma série de reações que têm impacto em cada aspeto do indivíduo, incluindo reações à doença, à incapacidade, à ideia de si próprio e à incapacidade de lidar com o ser socialmente diferente (Zemva, 1999). A afasia afeta a capacidade da pessoa poder comentar, sugerir, questionar, negociar, brincar/fazer piadas (humor) e de partilhar a sua história de vida. Influencia a pessoa de maneiras diferentes, podendo causar dificuldades em falar e/ou em compreender o que é dito, podendo levar a que seja impossível comunicar informação básica, o que poderá ter repercussões noutras atividades do seu quotidiano (Parr, 2007; Zemva, 1999).

A afasia é então uma causa proeminente de limitação nas atividades de comunicação, como por exemplo, usar o telefone ou escrever uma carta. Se por um lado este exemplo vai ter pouco impacto direto sobre o desempenho de atividades domésticas e pessoais da sua vida diária,

por outro lado vai afetar particularmente as atividades de lazer envolvendo outras pessoas. Estas atividades têm um contributo essencial nos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos, mas raramente são exploradas nos estudos (Dalemans et al., 2008).

Vários estudos (Dalemans et al., 2008; Davidson et al., 2008; Parr, 2007) têm mostrado que a afasia pode ter um profundo impacto negativo na identidade da pessoa, nomeadamente na confiança, nos relacionamentos, nas redes sociais, no envolvimento da PCA em atividades e na sua participação em acontecimentos/eventos do quotidiano. Davidson et al. (2008) referem que as consequências da afasia em fatores como as relações sociais, comunicação funcional e a capacidade de participar ativamente dentro da comunidade, têm probabilidade de causar um impacto mais significativo na qualidade de vida da pessoa que a apresenta, comparativamente com as alterações de linguagem. Isto porque, apesar de as PCAs referirem dificuldades especificamente ao nível da linguagem/comunicação (Zemva, 1999), dão mais importância a situações de necessidade social (comunicação e interação social) (Matos, Jesus, & Cruice, 2014b). O estudo de Parr (2007) com PCAs revelou uma série de consequências sociais e emocionais da afasia, tais como: isolamento, tédio, depressão, passividade, confusão, medo, raiva, apatia, impacto significativo sobre a identidade e personalidade e na sua autoestima. A restrição ou perda de trabalho, dificuldades financeiras, dificuldades de habitação, o acesso desigual aos serviços e acesso limitado à informação e tecnologias da comunicação foram também descritos. Darrigrand et al. (2011) referiram que as PCAs são extremamente limitadas nas suas atividades comunicativas, com um desempenho quatro vezes menor do que os indivíduos sem afasia (Matos et al., 2014b).

Estes estudos evidenciam a necessidade de os TFs considerarem, na sua intervenção com PCAs, explorar todos os domínios da CIF. Os profissionais de saúde precisam de ferramentas que explorem a situação de toda a PCA. Os estudos sugerem por isso a necessidade de desenvolver traduções para o PE de avaliações existentes de atividade e participação (Matos, Jesus, Cruice, & Allen Gomes, 2010; Matos et al., 2010), de modo a que sejam considerados todos estes níveis de forma padronizada dentro da prática da Terapia da Fala.

2.5. A CIF e o seu papel na afasia

A CIF (DGS, 2004) utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas. Permite ainda proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde, assim como proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (DGS, 2004).

A CIF descreve os estados de saúde e relacionados com esta partir de uma perspetiva biopsicossocial (DGS, 2004). É usada frequentemente como um esquema para estruturar os resultados da investigação, bem como para definir a terapêutica e seus objetivos, sendo classificadas a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde do indivíduo.

A sua informação está organizada em duas partes principais, sendo estas divididas, cada uma, em dois componentes (DGS, 2004):

1. Funcionalidade e Incapacidade:
 - a. Componente Corpo: Funções do Corpo e Estruturas do Corpo;
 - b. Componente Atividades e Participação.

2. Fatores Contextuais:

- a. Componente Fatores Ambientais;
- b. Componente Fatores Pessoais.

O componente Corpo compreende duas categorizações: Funções dos sistemas orgânicos e Estruturas do corpo. Ambos os capítulos estão organizados segundo os sistemas orgânicos. O componente Atividades e Participação aborda os aspetos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social. O primeiro componente dos Fatores Contextuais diz respeito a uma lista de Fatores Ambientais, dispostos de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao ambiente geral. Aos Fatores Pessoais está associada uma grande variação social e cultural e por isso não estão ainda classificados na CIF (DGS, 2004). A tabela 1 apresenta uma visão geral dos domínios da CIF no contexto saúde (ver tabela 1) .

Tabela 1 Visão geral dos domínios da CIF (DGS, 2004, pp. 13, 19)

Domínio	Definições
Funções do Corpo	“Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos.”
Estruturas do Corpo	“Partes anatómicas do corpo” (órgãos, membros e seus componentes).
Atividade	“Execução de uma tarefa ou ação por parte de um indivíduo.”
Participação	“Envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.”
Limitações da Atividade	“Dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades.”
Restrições na Participação	“Problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.”
Fatores Ambientais	“Ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.”
Fatores Pessoais	“Histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo” que engloba “as características que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde” (isto é, sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, padrão geral de comportamento, carácter, características psicológicas individuais e ou outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível).

Os componentes Atividades e Participação estão organizados em nove domínios, os quais estão incluídos numa única lista que engloba a totalidade das áreas vitais:

- d1 Aprendizagem e aplicação dos conhecimentos;
- d2 Tarefas e exigências gerais;
- d3 Comunicação;
- d4 Mobilidade;
- d5 Auto cuidados;
- d6 Vida doméstica;
- d7 Interações e relacionamentos interpessoais;
- d8 Principais áreas da vida;

- d9 Vida comunitária, social e cívica.

Os capítulos mais diretamente relacionados com a comunicação serão o da *Comunicação* e o das *Interações e Relacionamentos Interpessoais*. O capítulo da *Comunicação* é dividido em três níveis principais: *Receber e Produzir Mensagens*; *Conversação e Utilização de Técnicas*; *Dispositivos de Comunicação* (DGS, 2008; O'Halloran & Larkins, 2008; WHO, 2013; Worrall & Hickson, 2003). No entanto, existem ainda vastas atividades nos outros capítulos da CIF que envolvem a comunicação, demonstrando que esta está na base de muitas das atividades realizadas no quotidiano (Worrall & Hickson, 2003). Exemplo disso são os capítulos: *Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos*, no qual se encontram itens como: Ler, Escrever e Resolver Problemas; *Vida Doméstica*, no qual surgem itens como a Aquisição de Bens e Serviços ou Assistir os Outros; *Interações e Relacionamentos Interpessoais*, o qual inclui atividades comunicativas tais como Manter Amizades Informais com os Amigos e Compreender os Papéis Sociais nas Relações (O'Halloran & Larkins, 2008).

Em suma, com base na CIF, as consequências de uma perturbação podem ser expressas tendo em conta as suas implicações nas Funções e Estruturas do corpo da pessoa, e nos seus níveis de Atividade e Participação. As consequências e incapacidades que ocorrem no funcionamento comunicativo e na qualidade de vida da PCA são assim descritas (Martin et al., 2008), de modo a que se conheçam quais os *Fatores Ambientais* com impacto negativo (*Barreiras*), que poderão dificultar a *Participação*, e quais os positivos (*Facilitadores*), que poderão apoiar ou facilitar a *Participação* da PCA (Kagan & Simmons-Mackie, 2007).

2.6. Importância do conhecimento do impacto da afasia no quotidiano das PCAs para os profissionais de saúde

Para participar o ser humano precisa de interagir. Por sua vez, a interação implica comunicação. A afasia resulta em tensões sociais e psicológicas, as quais afetam as relações e a participação da PCA em diferentes domínios da vida social (Andersson & Fridlund, 2002; Dalemans et al., 2008; Parr, 2007). As PCAs vão ter dificuldade em atividades de comunicação e portanto é muito provável que tenham restrições na sua participação (Dalemans et al., 2008).

As atividades são centrais na experiência humana, permitindo à pessoa cumprir as suas necessidades para sobreviver e fazer parte da vida quotidiana (Yerxa, 1998). Quando ocorre a perda total ou parcial da capacidade de linguagem e consequentemente uma parte significativa da capacidade de comunicar, esta torna-se uma perda devastadora para as pessoas, afetando todos os aspetos da sua vida. A incapacidade para falar causa frustração, o não ser mais capaz de expressar os seus sentimentos, conhecimentos e personalidade como faziam antes da ocorrência da patologia (etiologia). A perda da capacidade comunicativa significa uma profunda perda de autonomia e igualdade como parceiro, amigo, vizinho ou cidadão (Johansson, Carlsson, & Sonnander, 2012). Nesse sentido, as PCAs são confrontadas com um enorme desafio para cumprir os seus papéis (parceiro, familiar ou amigo) (Dalemans et al., 2008). O que quer que a pessoa já foi ou poderia ter sido é inesperadamente alterado pela índole irreversível e persistente desta perturbação (Lyon et al., 1997). É pois essencial compreender que aspetos da vida das pessoas são mais afetados.

2.7. Avaliação da afasia

Embora as atuais abordagens de avaliação em afasia e da sua reabilitação continuem a evoluir, a abordagem clínica tradicional é derivada do modelo médico, com foco no tratamento da incapacidade como um meio para restaurar a função da linguagem (Davidson et al., 2008).

De acordo com a CIF (DGS, 2004) os profissionais de saúde precisam de considerar nas suas intervenções, as consequências da doença nos seus diferentes domínios, incluindo as suas Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação nas situações reais do quotidiano do indivíduo. A escolha dos objetivos e a abordagem de intervenção a ser usada na terapia com a PCA é influenciada pela realização da avaliação inicial (Kagan & Simmons-Mackie, 2007). Deste modo, a avaliação inicial deveria incluir medidas que avaliassem cada componente do domínio da CIF. Assim, a avaliação de uma PCA deverá contemplar as alterações específicas da linguagem e o impacto destas alterações na realização das suas atividades, assim como na sua participação em situações da vida real (Simmons-Mackie et al., 2011).

Muitos instrumentos de avaliação em afasia têm sido desenvolvidos e descritos na literatura atendendo ao modelo conceptual da CIF (Matos, Jesus, & Cruice, 2012; O'Halloran, Worrall, Toffolo, Code, & Hickson, 2004; Simmons-Mackie et al., 2011; Swinburn & Byng, 2006). Em Portugal, os instrumentos existentes usados pelos TFs na sua prática clínica com as PCAs, não lhes permitem avaliar todas as componentes da CIF, o que limita a intervenção (Matos, 2012).

Os instrumentos de avaliação tradicionais da afasia compreendem apenas as componentes da linguagem que são afetadas nesta condição (Kagan & Simmons-Mackie, 2007). Centram a sua avaliação ao nível dos défices, sem questionar o impacto que a patologia de base (etiologia) e consequente afasia têm sobre os níveis de Atividade e Participação da pessoa. Quer isto dizer, enquanto os testes tradicionais fornecem informações valiosas sobre os défices linguísticos da PCA, não refletem necessariamente a adaptação ou eficácia do desempenho da pessoa nas situações normais da sua vida quotidiana (Frattali, 1998; Kearns, 1992; Worrall & Frattali, 2011; Worrall, 1992). O TF na sua prática clínica necessita que as avaliações funcionais de comunicação permitam medir as capacidades de comunicação da pessoa e de como se envolvem nas suas práticas diárias (Frattali, 1998; Kearns, 1992; Worrall & Frattali, 2011; Worrall, 1992). Cada vez mais, medir o resultado funcional é visto como de extrema importância na prestação de serviços de saúde e da comunidade (Frattali, 1998; Lyon et al., 1997). Worrall et al. (2002) identificaram a necessidade de haver um maior desenvolvimento e aplicação das classificações da OMS dentro da prática da Terapia da Fala. Estes profissionais de saúde, não devem apenas focar-se na reabilitação da linguagem e da comunicação nas PCAs. Esta perspetiva não é suficiente para reabilitar a totalidade do que a afasia é ou daquilo que acarreta. As consequências desta condição não se limitam apenas a estas duas componentes (Lyon et al., 1997). Devem por isso, promover a comunicação e olhar para além das teorias estabelecidas, a fim de atingir a participação social plena das PCAs (Dalemans, Witte, Wade, & Heuvel, 2010). Aprender mais sobre as dificuldades/barreiras/facilitadores à participação do ponto de vista da PCA vai contribuir para o aumento da gestão eficaz da sua reabilitação (Garcia & Connor, 2011).

2.7.1. Estudos realizados sobre avaliação da afasia em Portugal

Nos últimos dez anos são vários os estudos que têm sido realizados com o propósito de colmatar a falta de instrumentos de avaliação neste contexto em Portugal (Matos et al., 2012; Matos,

Jesus, & Cruice, 2014a; Matos, 2012). Os estudos são sobretudo sobre a tradução para o PE e adaptação de diferentes instrumentos de avaliação à realidade portuguesa. Contudo, a maior parte das propriedades psicométricas destes instrumentos estão ainda a ser estudadas, pelo que a grande maioria dos instrumentos traduzidos e adaptados para o PE não se encontram validados e disponíveis para a utilização pelos TFs (Matos et al., 2012).

Em Portugal sabe-se, através do estudo realizado por Matos et al. (2014a) que houve um substancial desenvolvimento de instrumentos de avaliação nos últimos 7 anos (metade dos instrumentos desenvolvidos desde 2008). Com o objetivo de explorar os instrumentos de avaliação em afasia disponíveis em Portugal, este estudo identificou 20 instrumentos de avaliação: dez desses instrumentos são baseadas na incapacidade (deficiência); quatro avaliam as limitações da atividade; quatro avaliam as limitações da atividade e restrições da participação; um avalia as barreiras e os facilitadores; um avalia a qualidade de vida (Matos et al., 2014a).

2.8. O “Communication Disability Profile” (CDP)

Tal como referido numa secção anterior, um dos instrumentos de avaliação em afasia disponíveis em Portugal é o CDP, o qual avalia as limitações nas atividades e participação e as consequências emocionais de viver com afasia (Matos et al., 2014a). Este instrumento foi alvo de tradução para o PE (Matos, 2012), sendo a validade de conteúdo desta nova versão, o objetivo a que se propõe o presente estudo.

O CDP é um instrumento que permite às PCAs expressar os seus pontos de vista e experiências. Permite à pessoa que o administra e à PCA explorar e classificar o impacto de adquirir e viver com afasia (Swinburn & Byng, 2006). O CDP quantifica os aspetos de como é viver com afasia para a PCA; visa fornecer informações de modo a que se estabelecem metas, objetivos a atingir; permite à PCA expressar o impacto que a afasia teve/tem na sua vida independentemente da forma como o faz, ou seja, e.g., através da escrita ou da fala; permite a reflexão sobre áreas relevantes para a identidade da PCA; se a pessoa tem consciência deste aspeto da sua identidade, o CDP ajuda a validá-lo, explorando fatores externos (incluindo outras pessoas) que afetam a sua nova realidade. O CDP não é um instrumento para avaliar a perturbação de linguagem. Não foi projetado para ser um instrumento para identificar o possível diagnóstico de afasia. Trata-se de um instrumento de avaliação que permite avaliar o impacto da perturbação da linguagem a partir da perspetiva da PCA, a qual é trazida para o centro do processo de modo a validar a sua experiência subjetiva (Swinburn & Byng, 2006).

O processo de administração do CDP tem por objetivo ser flexível tanto para a PCA como para quem o administra. Oferece por isso uma forma sistemática de promover a partilha e quantificar algumas das características que influenciam o impacto que a afasia tem na vida da pessoa (Swinburn & Byng, 2006).

O CDP inclui quatro secções: Atividades, Participação, Influências externas (barreiras e facilitadores) e finalmente as Emoções. Cada secção contém uma série de perguntas que permite explorar os diferentes aspetos do que significa viver com afasia. A secção referente às Atividades é constituída por vinte itens que exploram as dificuldades sentidas na realização de atividades comunicativas do dia-a-dia (isto é, falar, comunicar, compreender, ler e escrever). A secção da Participação é constituída por quinze itens que procuram compreender a perceção que cada indivíduo tem quanto às tarefas que tem que realizar e quer realizar e à forma como decorre a

sua vida diária em casa. A secção relativa às Influências Externas é constituída por três itens. Esta secção procura avaliar as Barreiras e Facilitadores à Participação social. Finalmente, a secção das Emoções, constituída por dezassete itens, procura explorar o estado emocional do indivíduo, alguns aspetos de autoimagem e níveis de satisfação com a vida atual. Três das quatro secções referidas são classificadas. A sua avaliação/classificação é feita por meio de uma escala pictórica. As escalas têm diferentes imagens no que concerne à raça, idade e sexo dos sujeitos apresentados nas imagens. A PCA seleciona a imagem mais representativa de si própria. As avaliações feitas pelas escalas são traduzidas num total numérico, permitindo obter uma pontuação em cada secção (Swinburn & Byng, 2006). É de salientar que os manuais foram escritos sob orientação de um grupo de consultores constituído por PCAs. Isto contribuiu para garantir que a base, texto, *design*, imagens e a administração do CDP, sejam acessíveis e aceites pelas PCAs (Swinburn & Byng, 2006).

2.9. Validade de conteúdo

A análise de validade de conteúdo avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenómeno a ser estudado. Isto é, verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir (Haynes, Richard, & Kubany, 1995; Sireci, 1998).

Para alguns autores a avaliação da validade de conteúdo compreende apenas a avaliação por um painel de peritos (Alexandre & Coluci, 2011; Dempsey & Dempsey, 2000). No que concerne à avaliação pelo painel de peritos, um dos pontos discutidos é o número e a qualificação desses peritos. Lynn (1986) recomenda um mínimo de cinco e um máximo de dez pessoas. Outros autores sugerem entre seis a vinte peritos, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (Haynes et al., 1995). Deve ter-se em conta as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (Grant & Davis, 1997). Deve ter-se ainda em consideração a sua experiência. Devem ser incluídas pessoas potencialmente relacionadas com a população do estudo. A inclusão destas pessoas assegura a correção de frases e termos que não estão muito claros (Alexandre & Coluci, 2011). No caso em questão, esta visão é suportada em vários artigos por vários autores (Galliers et al., 2011, 2012; Mc Menamin, Tierney, & Mac Farlane, 2015; Pearl, Sage, & Young, 2011) e pelas autoras que desenvolveram o CDP (Swinburn & Byng, 2006). No caso em estudo, a inclusão de PCAs permite determinar o impacto e experiência de adquirir e viver com afasia, tornando o instrumento mais acessível e de encontro com as necessidades desta população (Swinburn & Byng, 2006).

A realização da validação de conteúdo por meio de um painel de peritos constituído por PCAs, implica a consideração de alguns aspetos, tais como: a escolha da metodologia e quais os fatores que podem inibir e/ou potenciar a participação social da PCA. No que concerne à metodologia, esta vai ser abordada no capítulo 3. Relativamente ao outro aspeto, sabe-se através do estudo realizado por Dalemans et al. (2010), que as PCAs referem vários fatores que podem promover e/ou dificultar o seu envolvimento na participação social. Estes fatores podem ser classificados em:

1. Fatores pessoais:
 - a. Motivação
 - b. Condição física e psicológica

- c. Capacidades comunicativas
- 2. Fatores sociais
 - a. Papel do cuidador central (principal)
 - b. Características do parceiro de comunicação
- 3. Fatores ambientais
 - a. Serenidade e familiaridade do ambiente

Tendo em conta o que foi referido neste capítulo acerca do papel da CIF na afasia, constata-se que a classificação apresentada pelo estudo mencionado vai de encontro a uma das partes constituintes da CIF (DGS, 2004), Fatores Contextuais. Estes fatores incluem dois componentes, igualmente mencionados no estudo: os Fatores Ambientais (organizados segundo os níveis Individual e Social) e os Fatores Pessoais.

No estudo foi referido que as pessoas que mais participaram foram aquelas que demonstraram maior motivação. Isto deveu-se ao facto do objetivo do estudo ter ido ao encontro das necessidades das PCAs. Assim, as mesmas sentiram-se motivadas a participar de forma a dar o seu contributo para o desenvolvimento do estudo. Por outro lado, as PCAs mencionaram que foram confrontadas com muitos problemas consequentes da etiologia e da afasia, no início e durante a sua recuperação. Estes problemas restringiram a capacidade de se envolverem nas atividades e participação social. Ter outro ritmo de vida, sentir dor, ter perda de equilíbrio, estar cansado durante quase todo o tempo, ter dificuldades em se lembrar das coisas, ter problemas de concentração, são alguns dos problemas referidos pelas PCAs. Consequentemente eram confrontadas com sentimentos de depressão, solidão, frustração, *stress*, tristeza e decepção, temendo a reação dos outros. O contacto com as pessoas conhecidas bem como desconhecidas, também é difícil devido às suas dificuldades comunicativas. Foi igualmente referido que há características que tendem a promover o envolvimento das PCAs na sua participação. Sendo a pessoa calma e paciente, torna mais fácil a sua inter-relação com outras pessoas. O ambiente em que a PCA está envolvida é importante. Esta sente-se mais predisposta se estiver num ambiente calmo e familiar, ou seja, que lhe transmita alguma positividade. O local de residência também é um fator a ter em conta. Este estudo refere que os participantes que vivem num ambiente mais calmo, silencioso, como as aldeias ou cidades mais pequenas, tornam-se mais independentes, podendo assim voltar à rotina que antes tinham. As capacidades comunicativas são estimuladas e a PCA não experiencia acontecimentos negativos e por isso não se retrai na sua participação social. Por outro lado, viver numa grande cidade, com um número vasto de distrações e ruídos, é uma barreira para a PCA. Muitas das vezes as pessoas não se conhecem, vivem mais afastadas, o que torna o contacto comunicativo mais difícil e reduzido.

A avaliação por peritos pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos (Burns & Grove, 2005; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa, 2003). O processo deve ser iniciado com o convite aos membros do painel de peritos. Esses especialistas devem receber uma carta explicativa e um questionário desenvolvido especificamente para essa avaliação (Grant & Davis, 1997). A carta deve explicar porque o sujeito foi escolhido como perito e a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo (Grant & Davis, 1997). Recomenda-se também incluir o objetivo do estudo, a descrição do instrumento e a sua pontuação e interpretação, e uma explicação sobre a forma de resposta (Alexandre & Coluci, 2011; Grant &

Davis, 1997). Os peritos devem inicialmente avaliar o instrumento como um todo, determinando a sua abrangência. Isto é, se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas. Nesta fase, podem sugerir a inclusão ou a eliminação de itens (Alexandre & Coluci, 2011). Precisam também de analisar os itens individualmente verificando a sua clareza e pertinência. Em relação à clareza, deve-se avaliar a composição dos itens, se eles foram redigidos para que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir (Grant & Davis, 1997). Pertinência ou representatividade significa observar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos (Grant & Davis, 1997; McGilton, 2003). Deve deixar-se um espaço para que os especialistas possam redigir sugestões para melhorar o item ou fazer comentários (Alexandre & Coluci, 2011). Essa avaliação pode ser inicialmente feita de forma individual e independente pelos peritos, seguida por uma discussão em grupo que corresponde ao procedimento qualitativo (Hyrkäs et al., 2003). Alguns autores defendem também um processo interativo entre investigadores e os membros do painel, sugerindo o recurso a entrevistas e discussões para clarificar pontos controversos (Grant & Davis, 1997).

CAPÍTULO 3

Metodologia

3.1.Introdução

Neste capítulo serão apresentadas todas as questões relativas ao método do projeto. Inicialmente será apresentado o tipo de estudo, a sua amostra e o modo como foi selecionada (critérios de inclusão e exclusão). Posteriormente serão apresentadas as fases referentes à recolha de dados, seguidas dos procedimentos e instrumentos usados e das entrevistas feitas às PCAs. Por fim, será referido o processo de tratamento de dados.

3.2. Tipo de estudo

O estudo em questão é do tipo fenomenológico, dado que visa compreender um fenómeno para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles ou daquelas que vivem ou viveram essa experiência (Fortin & Salgueiro, 2003). Este estudo pretende determinar uma das características psicométricas do instrumento CDP, a sua validade de conteúdo.

3.3.Amostra

Tal como referido no capítulo anterior, na validação de conteúdo sugere-se a inclusão de pessoas potencialmente relacionadas com a população do estudo (Alexandre & Coluci, 2011). No caso em questão o grupo de peritos deverá ser constituído por PCAs (Galliers et al., 2011; Mc Menamin et al., 2015; Pearl et al., 2011; Swinburn & Byng, 2006).

A amostra deste estudo é constituída por onze elementos que responderam adequadamente aos critérios de inclusão, tratando-se por isso de uma amostra por conveniência. Dos onze elementos, seis fazem parte de uma equipa que constitui um projeto de intervenção comunitário em Matosinhos do Instituto Português da Afasia (IPA) (Grupo do Norte). Desta forma, estes seis elementos eram todos conhecidos entre si e já estavam de certa forma familiarizados com a metodologia usada (*participatory workshop*). Os restantes cinco elementos vivem no Distrito de Coimbra sendo todos utentes em regime de ambulatório do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) (Grupo do Centro). Até ao momento das reuniões, o grupo do Centro não estava familiarizado com o tipo de metodologia em grupo, ao contrário do grupo do Norte.

3.4.Método de seleção

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram:

- Pessoas de ambos os géneros;
- Pessoas com idade superior a 18 anos;
- Falantes nativos do PE;
- Pessoas que tenham um tempo de evolução superior a 3 meses;
- Pessoas que estejam a residir nas suas casas e/ou em casa de familiares, sendo utentes em regime de ambulatório e suficientemente independentes para se poderem deslocar ao local das recolhas;
- Pessoas com diagnóstico de afasia de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL) (Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986); com nível de compreensão

auditiva de material verbal simples mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada;

- Sem défices de audição, reportados pelo próprio;
- Sem perturbações cognitivas associadas, de acordo com o *Mini Mental State Examination* adaptado a PCAs (MMSE adaptado) (Matos & Jesus, 2011);
- Não sejam analfabetas.

Foram excluídas todas as pessoas que não cumprissem os critérios de inclusão acima enumerados e que naturalmente apresentassem um ou mais dos critérios de exclusão:

- Pessoas menores de idade;
- Pessoas sem grau de escolaridade;
- Pessoas incapacitadas fisicamente impossibilitadas de se deslocarem até ao local das recolhas;
- Pessoas que sejam utentes em regime de internamento;
- Pessoas com perturbações cognitivas associadas ao diagnóstico de afasia, de acordo com o MMSE adaptado (Matos & Jesus, 2011) e com a BAAL (Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986) respetivamente;
- Pessoas com a capacidade de compreensão auditiva de material verbal simples comprometida de acordo com a BAAL (Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986) (cotação <7).

3.5.Recolha de dados

A recolha de dados teve lugar em cinco fases distintas:

- Fase 0 – Contacto com os participantes e avaliação com a BAAL e MMSE. Nesta fase foi feita a apresentação do estudo e a obtenção do consentimento informado. Após ter sido explicado o objetivo do projeto e das PCAs terem aceitado participar no mesmo, foram realizadas as avaliações necessárias para o cumprimento dos critérios de inclusão.
- Fase 1 – Apresentação do estudo e validação de conteúdo do CDP, por meio de reuniões (entrevistas) em grupo. Esta fase destina-se à validação de conteúdo do CDP quanto à forma (design) e conteúdo (clareza, ambiguidade, relevância e extensão do instrumento). Por outras palavras, pretende validar cada secção do instrumento: Cartões, Escalas, Introdução, Atividades (falar, comunicar, compreender, ler, escrever), Participação, Influências Externas e Emoções. Esta validação foi levada a cabo por meio de reuniões em grupo segundo a metodologia adotada (a qual vai ser apresentada posteriormente neste capítulo).
- Fase 2 – Validação de conteúdo do CDP, por meio de reuniões (entrevistas) individuais. Ao contrário da fase anterior, a Fase 2 foi realizada através de reuniões individuais. Pretendeu-se validar o CDP de forma individual. Nesta fase as PCAs responderam ao formulário de entrevista do instrumento de forma a poderem experienciar o CDP em situação real. O objetivo foi poder obter mais sugestões/alterações para além das que foram sugeridas na fase supracitada.
- Fase 3 – Apresentação e análise das versões do CDP validadas por cada grupo. Esta fase destinou-se à análise da versão do CDP modificada e adaptada segundo o que foi

proposto nas fases anteriores. Com esta análise percebeu-se se as alterações efetuadas foram de encontro ao que tinha sido proposto em cada grupo.

- Fase 4 – Atualização do CDP – versão validada para a população portuguesa de PCAs. Deram-se a conhecer aos grupos as sugestões propostas por cada um (grupo Norte conheceu a versão do grupo Centro e vice-versa), para que estes pudessem escolher as sugestões que melhor representam os diversos contextos e situações em que a afasia pode trazer consequências. O objetivo desta fase foi obter a versão final validada do CDP para a população portuguesa com afasia.

A análise dos dados obtidos nas fases supracitadas foi obtida por meio de gravações de vídeo e diários de campo, posteriormente processada e transcrita com o auxílio de um programa de análise de dados qualitativos, que será descrito em pormenor neste capítulo na secção 3.7. É apenas de salientar que para a transcrição dos dados foram considerados todos os tipos de comunicação usados pelo painel de peritos: comunicação verbal e comunicação não-verbal.

3.5.1. Fase 0

O período de colheita de dados iniciou-se, para o grupo do Norte, no mês de Maio com término a Novembro e, para o grupo do Centro, no mês de Setembro com término em Novembro. Denota-se que o período de colheita de dados relativo ao grupo do Norte foi mais moroso pelo facto de ter coincido com o período de férias dos participantes.

Fez-se a recolha de alguns dados pessoais de natureza demográfica (género, idade, escolaridade, situação profissional, profissão, nacionalidade e local de residência), assim como alguns dados sobre a situação clínica da pessoa, com o propósito de ter informações válidas para caracterizar a amostra selecionada para o estudo. Posteriormente foi aplicada a BAAL para avaliar a presença de perturbação da linguagem. No grupo do Norte, este processo foi realizado pela TF responsável pelo projeto de intervenção comunitária em Matosinhos. De forma a avaliar a ausência de perturbações cognitivas associadas foi aplicado o MMSE adaptado a PCAs pela TF orientadora da presente Dissertação. No grupo do Centro ambos os testes usados para a avaliação foram realizados pela TF orientadora da Dissertação, uma vez que a mesma trabalha no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHUC.

3.5.2. Fase 1 | Fase 3 | Fase 4

A validação de conteúdo do CDP, nas fases 1, 3 e 4, foi levada a cabo por meio de reuniões em grupo, através do método *participatory workshops*. Este método permite o envolvimento direto das PCAs, de modo a que possam contribuir ativamente para o processo em questão. *Participatory workshops* consiste numa série de sessões/reuniões em grupo de pessoas que vivem/viveram determinada experiência, durante um determinado período de tempo previamente estabelecido. Cada sessão tem aproximadamente duas horas. Isto deve-se às limitações existentes ao nível da compreensão auditiva por parte das PCAs e à necessidade de explicar os objetivos e concretizar todas as atividades (Dalemans et al., 2010; Galliers et al., 2011, 2012). Galliers et al. (2011, 2012) recomendam pois um limite de pessoas para cada reunião (dois a três elementos). Esta abordagem é amplamente utilizada para incentivar o envolvimento das PCAs. Permite que as pessoas se insiram ativamente no processo, sem se preocupar com o seu estatuto oficial, ou a sua capacidade de comunicar formalmente. São abordagens ativas que incentivam as pessoas a pensar por si próprias. A validação de conteúdo é realizada por participantes que contribuem ativamente para o processo, ao invés de ser avaliada passivamente por peritos externos (por exemplo, profissionais de saúde), que não têm conhecimento focal dos problemas, consequências e necessidades do problema em questão. As principais vantagens e desvantagens (Alliance, 2001) desta abordagem são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 Vantagens e desvantagens do *participatory workshop* (Alliance, 2001).

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Usa recursos de baixo custo; • Pode ser usado em qualquer contexto; • Ajuda as pessoas a sentirem-se mais autoconfiantes; • Ajuda as pessoas a perceber a perspetiva do outro; • Os participantes com diferentes graus de experiência e de literacia podem participar. 	<ul style="list-style-type: none"> • São difíceis de planejar; • Pode levar algum tempo a que as pessoas que estão acostumadas a serem “alunos” (doentes) em vez de “participantes” se sintam confortáveis com essas abordagens (novos papeis); • São difíceis de documentar em formato relatório, daí necessitarem muitas vezes de serem registados através de filmagens.

Tal como referido, esta metodologia proporciona a validação de conteúdo do CDP através da discussão em reuniões de grupo, num ambiente mais informal, para que o painel de peritos possa opinar sem quaisquer constrangimentos. Desta forma, a investigadora adotou um papel de moderadora, com o objetivo de conduzir a reunião e proporcionar momentos de discussão e comunicação entre todos os elementos, para que todos pudessem ter voz ativa (Galliers et al., 2011). De modo a promover este ambiente, houve situações em que esta teve de sugerir e/ou criticar o instrumento, acabando por propor sugestões como sendo um participante ativo das reuniões. É de salientar que as sugestões propostas pela investigadora foram suportadas por outros estudos (Matos, 2012).

Em ambos os grupos (Norte e Centro) os participantes cooperaram uns com os outros, de modo a ajudar os elementos com mais défices ao nível de compreensão auditiva e de expressão. Tal como previsto, as sessões tiveram uma duração de aproximadamente duas horas. Os participantes foram motivados e apoiados a contribuir ativamente nas discussões de grupo. Foi dada uma atenção especial ao tempo geral do encontro, garantindo que todos os aspetos fossem discutidos como tinham sido planeados, permitindo ao mesmo tempo controlar a fadiga dos participantes. A comunicação não-verbal foi incentivada, tanto para estimular e moldar as discussões, como um meio de obtenção de informação por parte dos participantes.

O desenvolvimento e envolvimento do grupo na discussão foi orientado, na sua maioria, através do uso do *Power Point*. Esta técnica foi usada anteriormente em outros estudos (Pearl et al., 2011) com PCAs. Esta ferramenta permite orientar a reunião, o que está a ser dito durante a discussão, numa linguagem simples, tornando a comunicação mais eficaz (Pearl et al., 2011).

A recolha de dados foi suportada pela implementação da técnica *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (Pearl et al., 2011). Esta técnica promove a utilização de rampas à comunicação para permitir o acesso à conversação, da mesma forma que, por exemplo, as rampas físicas permitem o acesso aos edifícios. Trata-se de realizar alterações no estilo da comunicação de modo a suportar uma melhor compreensão e melhorar a capacidade de a PCA se expressar. Esta técnica passa pelo fornecimento de material escrito e ilustrado para apoiar a conversação e fazer alterações no ritmo/velocidade, quantidade e conteúdo linguístico usado na conversação (Pearl et al., 2011).

As fases integrantes do estudo, segundo o cronograma previamente estabelecido para ambos os grupos constituintes da amostra, são apresentadas nos anexos 1 e 2. É de salientar que, quer por motivos de ordem pessoal quer pela condição de saúde, o N respeitante ao grupo do Norte ficou reduzido a quatro elementos na Fase 3 e a três elementos na Fase 4.

3.5.3. Fase 2

Nesta fase a validação de conteúdo do CDP foi realizada por reuniões individuais. Cada elemento reuniu-se individualmente com a investigadora com o propósito de responder ao formulário de entrevista do CDP. O objetivo não foi avaliar os elementos com o instrumento, mas sim, poder colocar os participantes em situação real de avaliação com o mesmo. Com isto, todos os participantes tiveram a oportunidade de contactar com o CDP veridicamente, rever o instrumento e poder propor mais sugestões/alterações para além das que foram sugeridas na fase 1.

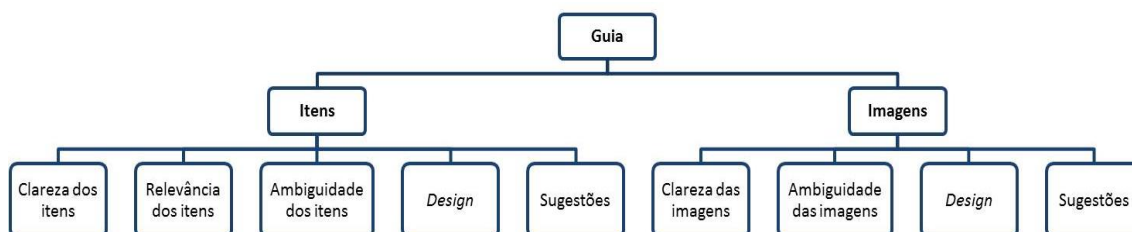
Cada reunião teve a duração de aproximadamente uma hora e meia. Tal como nas restantes fases, a recolha de dados foi suportada pela implementação da técnica *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (Pearl et al., 2011). Ainda que esta fase tenha sido realizada por meio de reuniões individuais, a entrevista aplicada foi a mesma das restantes fases.

3.5.4. Entrevistas às PCAs

3.5.4.1. Fase 1 | Fase 2 | Fase 3

Tendo sido adotada este tipo de metodologia, foi necessário adquirir capacidades comunicativas que promovessem a maximização da troca de informação. Esta conceção é apoiada por Kagan (1998) ao referir que, o uso de múltiplas modalidades (por exemplo, gestos, desenho e material pictográfico) propicia um aumento significativo do número das interações comunicativas. Também Luck e Rose (2007) descreveram a necessidade de se alterar o papel tradicional do entrevistador nos estudos que envolvam PCAs, modificando a forma de questionar, propondo hipóteses aos participantes e utilizando técnicas de conversação suportada. Neste sentido, foram concebidas entrevistas semi-estruturadas com questões abertas, de modo a obter as sugestões e comentários das PCAs nas reuniões das Fases 1, 2 e 3. Para a validação de conteúdo do instrumento, o guião de entrevista (ver Anexo 5) foi dividido segundo o esquema ilustrado na figura 1.

Figura 1 Guião de Entrevistas de Validação de Conteúdo



3.6.Procedimentos e instrumentos

3.6.1.Seleção da amostra – Fase 0

Relativamente ao grupo do Norte, os contactos efetuados com as PCAs foram feitos pela TF responsável pela equipa do projeto de intervenção comunitária (IPA). A mesma efetuou os contactos por via telefónica e de forma presencial, tendo-se deslocado à residência das PCAs. No que concerne ao grupo do Centro, os contactos foram feitos pela Orientadora deste trabalho, igualmente por via telefónica e de forma presencial. Neste primeiro contacto deu-se a conhecer o objetivo do estudo, os investigadores (orientadora, coorientador e aluna de Mestrado - investigadora) e a planificação (datas, horário e local) das reuniões.

Atendendo ao tipo de estudo em questão, foram garantidos procedimentos típicos deste tipo de metodologia de investigação, nomeadamente a aprovação do projeto por uma Comissão de Ética independente (ver Anexo 3).

Relativamente ao documento informativo e ao documento de consentimento informado, Brennan et al. (2005) sugerem que um documento num formato *aphasia-friendly* (vocabulário simplificado, frases curtas, aumento do tamanho das letras, pouca informação por página e utilização de imagens) melhora a capacidade de compreensão das PCAs. Por esta razão, tais documentos foram concebidos segundo este formato. Recorreu-se para tal ao uso de imagens, frases curtas e com pouca informação, palavras de maior conteúdo informativo escritas em letra maiúscula e em negrito (Rose, 2012) (ver Anexo 4).

Após a obtenção do consentimento informado, cada indivíduo foi submetido aos diferentes instrumentos de avaliação selecionados (já referidos nos critérios de inclusão e descritos em pormenor na próxima secção).

3.6.1.1.Instrumentos utilizados com as PCAs

Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL)

Para a avaliação da presença, tipo e gravidade da afasia, foi utilizada a BAAL (Damásio 1973; Castro-Caldas 1979; Ferro 1986). Optou-se por este instrumento, por ser o teste de avaliação de afasia mais utilizado em Portugal pelos TFs (Matos, 2012). Neste estudo foram aplicadas apenas as suas provas nucleares, uma vez que o objetivo era determinar a presença e tipo de afasia, assim como o seu quociente de afasia. Deste modo, foram usadas as provas de fluência do discurso, nomeação por confronto direto de objetos do uso comum, repetição de palavras e a prova de compreensão auditiva de material verbal simples, incluindo a prova opcional de perguntas de resposta sim ou não.

Mini Mental State Examination adaptado a PCAs (MMSE adaptado)

Para a avaliação do estado cognitivo foi utilizado o *Mini Mental State Examination* adaptado a pessoas com afasia (MMSE adaptado – versão portuguesa) (Matos & Jesus, 2011). Optou-se pelo MMSE adaptado, por ser um instrumento adequado a uma população com características muito específicas com perturbação da linguagem. O conteúdo deste instrumento é baseado em apoios contextuais e respostas com escolha múltipla. É sugerido o recurso à palavra escrita e utilização de imagens de apoio em alguns dos itens relacionados com a orientação, assim como o recurso a mapas. Desta forma foram realizadas todas as suas provas: Orientação, Retenção de Imagens, Atenção, Evocação e Linguagem.

3.6.2.Fase 1 | Fase 2 | Fase 3

CDP

Este instrumento é constituído por um conjunto de Imagens de Suporte, um Formulário de Entrevista que combina *Escrita verbatim* com conselhos sobre como conduzir a mesma, um Manual e uma Folha de Notação Sumária. O CDP é constituído por 4 secções: Atividades, Participação, Influências externas (barreiras e facilitadores) e Emoções. Cada secção contém uma série de questões que exploram diferentes aspetos do que significa viver com afasia. As secções variam quanto ao número de questões que possuem. Três das quatro secções são pontuadas. A classificação utilizada é obtida por meio de uma das oito escalas pictóricas que o CDP apresenta.

a) Atividades

A primeira secção considera situações e atividades descritas por PCAs, durante as entrevistas aprofundadas e durante a rotina na prática clínica, como sendo problemáticas (Swinburn, 2004). As atividades do dia-a-dia são divididas, nesta secção, em subcategorias de falar, comunicar, compreender, ler e escrever. A ordem dos itens considera-se hierárquica em termos de dificuldade, começando com “a mais fácil” e terminando com “a mais difícil”.

b) Participação

A segunda secção inclui itens que observam quão intrusivas são as dificuldades de comunicação na vida diária de uma pessoa. A participação social é considerada fundamental para a sensação de bem-estar e de qualidade de vida (Bowling, 1997). Esta secção procura explorar de que modo a afasia afeta um indivíduo nas suas circunstâncias de vida únicas. A secção é classificada em relação ao modo como a pessoa sente/compreende as coisas que tem que fazer, as que gostaria de fazer e como estão as coisas em casa. Cada categoria tem os seus domínios. Em cada uma destas subcategorias a pessoa assinala o efeito que a afasia tem em cada domínio.

c) Influências Externas

O objetivo desta secção é perceber quais as pessoas e/ou circunstâncias que facilitam e/ou atuam como barreiras na vida da PCA. Estas barreiras e facilitadores são vistos como potenciais áreas para a intervenção terapêutica. As barreiras externas e os facilitadores (incluindo a resposta daqueles que estão à volta da PCA) são vistos como tendo impacto no modo como a pessoa experiencia a afasia. Esta secção do CDP procura identificar quem e o que ajuda ou dificulta a PCA na sua vida diária (Swinburn, 2004).

d) Emoções

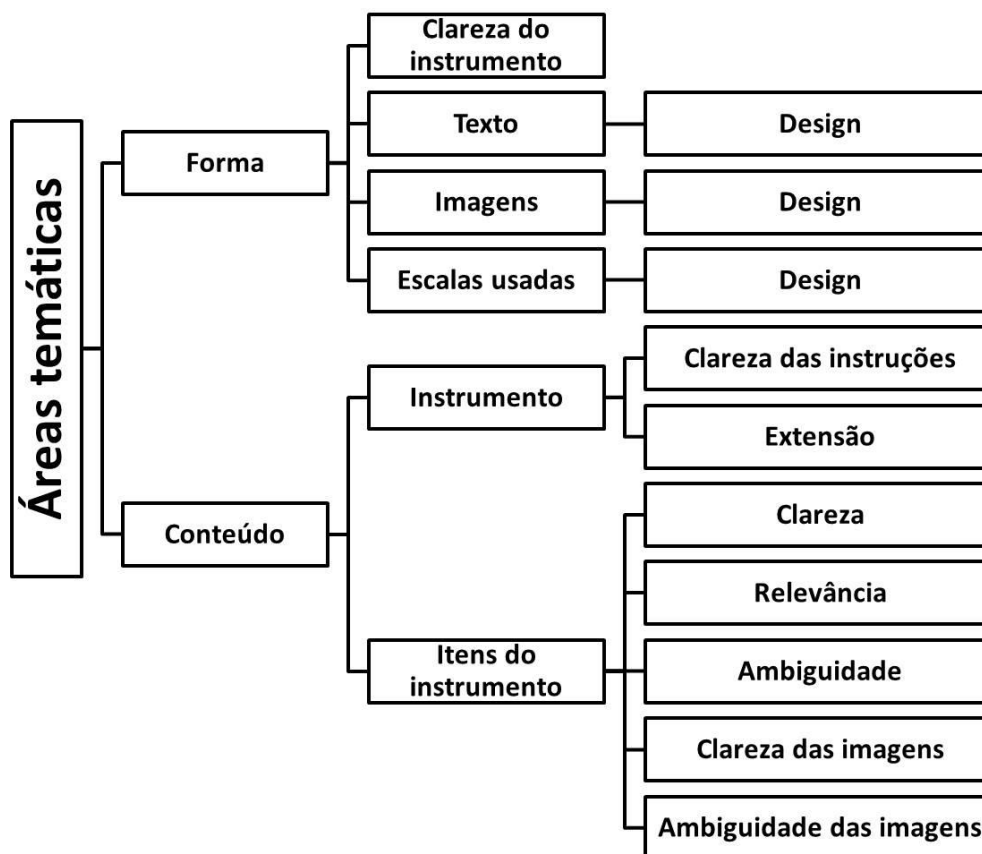
Esta secção final envolve a quantificação do impacto emocional da afasia e das suas sequelas no indivíduo. Existem três grupos de emoções classificadas, em ambos os sentidos, positivo e negativo. Os estados emocionais (tais como raiva, frustração e determinação) aparecem primeiro, com as emoções associadas à autoimagem (tais como confiança, controlo, e ser valorizado) em segundo. Por fim, são classificados os sentimentos relacionados com níveis de satisfação atual e antevisão do futuro.

3.7.Tratamento dos dados

Após a recolha dos dados, estes foram armazenados e posteriormente processados. Para tal foi usado o programa de análise de dados qualitativos NVivo 10 (International, 2012), de modo a ser possível retirar conclusões quanto à validade de conteúdo do instrumento em causa.

Para a inserção dos dados no programa NVivo 10 teve-se por base a estrutura apresentada na figura 2.

Figura 2 Estrutura Base de Análise Qualitativa



A partir desta estrutura obtiveram-se as categorias (NÓS – linguagem do Software) a introduzir no NVivo 10. Em cada uma das categorias foram agregados/classificados os indicadores, ou seja, o conteúdo a validar, nomeadamente:

Categoria / Nó

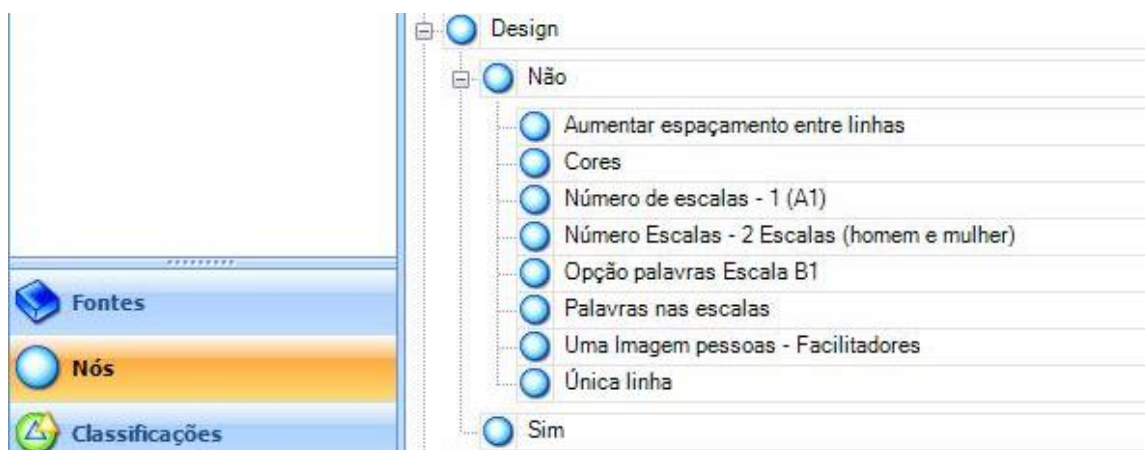
- *Design*
 - Tipo de letra apropriado;
 - Tamanho de letra apropriado;
 - Espaçamento entre linhas suficiente;
 - Imagens a cores vs. a preto e branco;
 - Número de escalas.
- *Clareza*
 - Palavras fáceis de entender;
 - Itens claros, bem formulados, fáceis de compreender;

- Substituição de palavras;
- Retirar palavra, informação;
- Acrescentar informação;
- Imagens perceptíveis;
- Retirar alguma coisa;
- Acrescentar alguma coisa;
- Modificar alguma coisa;
- Facilidade/dificuldade de resposta;
- Simples/complexo;
- Dificuldades sentidas no seu preenchimento;
- Questões difíceis de responder;
- Aspectos negativos;
- Aspectos positivos.
- Relevância
 - Itens pertinentes;
 - Itens de acordo com a realidade;
 - Itens cobrem as necessidades sentidas;
 - Sente que ficou alguma coisa por abordar.
- Ambiguidade
 - Compreende-se o propósito;
 - Imagens são adequadas, vão de encontro ao que é pretendido.
- Extensão do instrumento
 - Muito extenso/ razoável/ pouco extenso;
 - Sentimento associado: bem, triste, cansado.

Na categoria (Nó) *Design* estão implícitos os indicadores respeitantes à clareza do instrumento, texto, imagens e escalas usadas. Na categoria (Nó) Clareza são registados os indicadores respeitantes aos itens, instruções do CDP e imagens. Na categoria (Nó) Relevância são registados os indicadores respeitantes à pertinência e importância dos itens. Na categoria (Nó) Ambiguidade são registados os indicadores respeitantes aos itens, instruções do instrumento e imagens. Por fim, na categoria (Nó) Extensão do instrumento, tal como o próprio nome indica, é registada a extensão do mesmo.

Para cada uma das categorias criaram-se duas subcategorias (subnós): Sim e Não. É na subcategoria Não que são incluídas todas as sugestões/alterações dadas pelos participantes durante as reuniões. Na figura 3 é representado o esquema para a categoria Design e suas subcategorias.

Figura 3 Nó (categoria) Design e subnós (subcategorias) Sim, Não e sugestões/alterações



Tratando-se na sua maioria de entrevistas em grupo, para a colocação dos dados (entrevistas, diários de bordo e vídeos) no NVivo 10, optou-se por considerar as entrevistas individuais como coletivas. O tratamento de dados seria mais fácil e eficaz tendo todos os documentos a mesma designação perante o programa de análise de dados (dados coletivos).

3.8.Fase 4

Através das Fases 1, 2 e 3 do projeto, foram elaboradas duas versões do CDP: versão validada pelo grupo do Norte e versão validada pelo grupo do Centro.

Um dos objetivos deste projeto é obter uma versão final do instrumento que vá de encontro, o mais possível, à real necessidade da população portuguesa com afasia. Nesta fase 4, foram reunidas todas as sugestões propostas nas duas versões de cada grupo. Foram criados dois grupos de sugestões: grupo homogêneo e grupo heterogêneo. No grupo homogêneo são incluídas todas as sugestões em comum em ambas as versões. No grupo heterogêneo são incluídas as sugestões específicas de cada versão.

Para a realização da versão final do instrumento foram apenas validadas as sugestões do grupo heterogêneo. Deste modo, ao grupo do Norte foram apresentadas as sugestões propostas pelo grupo do Centro e ao grupo do Centro, as sugestões propostas pelo grupo do Norte. O objetivo foi que cada grupo validasse as sugestões que melhor representam os diversos contextos e situações em que a afasia pode trazer consequências.

À semelhança da Fase 3, o N do grupo do Norte ficou reduzido a três elementos pelos mesmos motivos da fase anterior.

CAPÍTULO 4

Resultados

4.1. Introdução

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos nas diferentes fases do presente projeto. Os resultados obtidos junto dos dois grupos de participantes (painel de peritos e investigadora) envolvidos serão expostos de forma a responder à questão de investigação previamente concebida.

Os dados serão apresentados segundo o esquema base (figura 2) e através das categorias e os seus graus de superficialidade. Inicialmente vão ser apresentados os resultados quanto à Forma (*Design*) e suas subcategorias (Sim/Não). Serão então apresentados os resultados do Conteúdo (categorias Ambiguidade, Clareza, Relevância e Extensão do Instrumento) e respetivas subcategorias (Sim/Não). Por fim, serão apresentados os resultados das sugestões/alterações de cada categoria (Ambiguidade, Clareza, Design, Relevância e Extensão do instrumento).

4.2. Fase 0

Com base nos critérios de inclusão estabelecidos no capítulo 3, são apresentadas as tabelas 3 e 4 referentes aos dados demográficos (pessoais) e as tabelas 5 e 6 referentes aos dados clínicos e à avaliação realizada.

Tabela 3 Caracterização da população de PCAs (amostra)

ID	D.G.	H.A.	J.M.	J.O.	V.C.
Género	M	F	M	M	M
Idade	68	51	56	53	60
Nacionalidade	PT	PT	PT	PT	PT
Cidade	Coimbra	Coimbra	Coimbra	Coimbra	Coimbra
Escolaridade	Licenciatura e Doutoramento	9º Ano	12º Ano	9º Ano	12º Ano
Situação Profissional	Reformado	Ativo	Baixa	Reformado	Reformado
Profissão	Engenheiro Mecânico (Professor Universitário)	Secretária clínica do serviço de endocrinologia	Funcionário das Finanças	Comercial	Contabilista

ID – identificação do participante; M – masculino; F – feminino; PT – portuguesa

Tabela 4 Caracterização da população de PCAs (amostra)

ID	B.M.	C.C.	J.C.	J.F.	L.A.	M.P.
Género	F	M	M	M	F	F
Idade	37	58	60	66	63	58
Nacionalidade	PT	PT	PT	PT	PT	PT
Cidade	Matosinhos	Matosinhos	Matosinhos	Matosinhos	Matosinhos	Matosinhos
Escolaridade	Licenciatura	12º Ano	4ª Classe	4ª Classe	4ª Classe	4ª Classe
Situação Profissional	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado	Reformado
Profissão	Psicóloga	Camionista	Funcionário da EDP	Bancário	Costureira	Doméstica

ID – identificação do participante; M – masculino; F – feminino; PT – portuguesa

Tabela 5 Caracterização da amostra segundo a avaliação realizada

Critério	ID					
	C.C.	J.C.	J.F.	L.A.	B.M.	M.P.
Etiologia	AVC	AVC	AVC	AVC	AVC	AVC
Tempo de evolução	12 Anos	13 Anos	4 Anos	4 Anos	3 Anos	4 Anos
Estado cognitivo	S/P	S/P	S/P	S/P	S/P	S/P
Audição	S/P	S/P	S/P	S/P	S/P	S/P
Quociente de Afasia	59,9	35,8	48,2	77,6	66,1	92,2
Tipo de discurso	N.F.	N.F.	N.F.	N.F.	N.F.	F
Compreensão	6/8	4/8	7/8	8/8	8/8	7,5/8
Capacidade de resposta sim/não	Preservada	Preservada	Preservada	Preservada	Preservada	Preservada

S/P – sem perturbação; N.F. – não-fluente; F - fluente

Tabela 6 Caracterização da amostra segunda a avaliação realizada

Critério	ID				
	D.G.	H.A.	J.M.	J.O.	V.C.
Etiologia	AVC	AVC	AVC	AVC	AVC
Tempo de evolução	2 Anos	2 Anos	1 Ano	7 Anos	3 Anos
Estado cognitivo	S/P	S/P	S/P	S/P	S/P
Audição	S/P	S/P	S/P	S/P	S/P
Quociente de Afasia	33,3	29,7	75,0	77,6	61,7
Tipo de discurso	N.F.	N.F.	N.F.	N.F.	F.
Compreensão	8/8	5,5/8	8/8	7/8	4,5/8
Capacidade de resposta sim/não	Preservada	Preservada	Preservada	Preservada	Preservada

S/P – sem perturbação; N.F. – não-fluente; F - fluente

4.3. Fase 1 | Fase 2

4.3.1. Resultados quanto à Forma

4.3.1.1. Resultados da categoria (Nó) Design

Nesta categoria, tal como referido no capítulo 3, metodologia, estão representados todos os dados relacionados com a clareza do instrumento, escalas usadas, texto e imagens.

A tabela 7 diz respeito à opinião que o painel de peritos teve quanto à forma do CDP, ou seja, quanto aos indicadores do tipo e tamanho de letra, espaçamento entre linhas, imagens a cores ou a preto e branco e quanto ao número de escalas usadas. Esta tabela generalista pretende responder à questão “Quantos elementos de cada grupo concordam com o *design* do CDP?”.

Tabela 7 Resultados obtidos quanto ao Design do CDP

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Design	
		Não concordam	Concordam
Centro	N=5	5	0
Norte	N=6	6	0

4.3.2 Resultados quanto ao Conteúdo

4.3.2.1. Resultados da categoria (Nó) Clareza

Na presente categoria está incluída a Clareza quanto ao instrumento, itens que o constituem, imagens, assim como, os aspetos positivos e negativos do mesmo. Os dados obtidos dizem respeito a todos os indicadores previamente referidos no capítulo 3. Os dados estão apresentados na tabela 8, a qual pretende responder à questão: “Quantos elementos de cada grupo consideram o CDP Claro?”.

Tabela 8 Resultados obtidos quanto à Clareza do CDP

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Clareza	
		Não	Sim
Centro	N=5	0	5
Norte	N=6	0	6

Apesar de os participantes terem respondido sim à questão colocada, estes referem que o instrumento está incompleto e necessita de algumas adaptações (ver tabelas 14.a, b e c).

A tabela 9 apresenta os aspetos negativos e positivos do CDP, referidos por alguns dos elementos dos respetivos grupos.

Tabela 9 Aspetos Negativos e Positivos do CDP

	Aspetos positivos (AP) Unidades de registo	Aspetos negativos (AN) Unidades de registo
Centro	D.G.: Tudo. H.A.: Apontou para a parte da participação. J.O.: “Palavras, frase.... ler” referiu que o teste usa linguagem acessível. V.C.: “Dá... pronto... mostra o meu problema”.	
Norte	B.M.: “Hummm....questões importantes” C.C.: “Tudo” J.C.: “De falar (sorri)!! De tudo!”	Investigadora: “Se tivesse que mudar alguma coisa o que é que mudava? Torná-lo mais rápido de fazer?” L.A.: “Pois!”.

4.3.2.2. Resultados da categoria (Nó) Relevância

Esta categoria trata a Relevância dos itens do instrumento, ou seja, se estes são pertinentes, se cobrem as necessidades sentidas pela PCA e se estão de acordo com a realidade em causa.

A tabela 10 apresenta a opinião dos participantes quanto a esta categoria, de forma a responder à questão: “Quantos elementos de cada grupo consideram o CDP relevante?”.

Tabela 10 Resultados obtidos quanto à Relevância do CDP

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Relevância	
		Não	Sim
Centro	N=5	0	5
Norte	N=6	0	6

4.3.2.3 Resultados da categoria (Nó) Ambiguidade

A presente categoria trata a Ambiguidade do instrumento, quer dos itens quer das imagens que o constituem.

A tabela 11 apresenta a opinião dos participantes quanto à categoria supracitada, de forma a responder à questão: “Quantos elementos de cada grupo consideram o CDP ambíguo?”.

Tabela 11 Resultados obtidos quanto à Ambiguidade do CDP

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Ambiguidade	
		Não	Sim
Centro	N=5	5	0
Norte	N=6	6	0

4.3.2.4 Resultados da categoria (Nó) Extensão do instrumento

Esta categoria diz respeito à opinião dos participantes quanto ao tamanho do CDP. Os resultados são apresentados na tabela 12, que pretende responder à questão: “Qual a opinião dos elementos de cada grupo sobre a extensão do instrumento?”.

Tabela 12 Opinião dos elementos de ambos os grupos sobre a extensão do Instrumento

Grupo	Muito extenso	Razoável
Centro	H.A.: Apontou para a opção <i>muito extenso</i> . Investigador: “Acha que foram muitas perguntas?” V.C.: “Não” Investigador: “Foi muito extenso?” V.C.: (E) “Hum...” demonstrou ter sido extenso.	D.G.: Apontou para a opção <i>razoável</i> . J.M.: “Mais ou menos” J.O.: “Médio”
Norte	J.F.: “Longo” L.A.: “Longo”	B.M.: “É razoável” Investigador: “Acha que é muito grande, muito extenso...” C.C.: “Não não” Investigador: “É razoável” C.C.: “É é” J.C.: “Hum... (encolheu os ombros) ... tá bom!” M.P.: “Razoável”.

4.3.3. Sugestões (alterações) efetuadas quanto à Forma

4.3.3.1. Sugestões relativas à categoria *Design*

A tabela 13 apresenta as sugestões (alterações) propostas pelo painel de peritos e pela investigadora quanto à forma do CDP, nomeadamente quanto à categoria *Design*. Por outro lado, identifica o número de participantes, em cada grupo, que sugeriu e/ou concordou com as sugestões apresentadas.

Tabela 13 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria *Design*

Pág.	Sugestões / Alterações	Grupo		Investigadora
		Norte	Centro	
15; 25; 27; 29; 35; 37; 39; 43; 45; 47; 49; 57	Aumentar espaçamento entre linhas	5	1	√
Todas	Cores	6	5	√
Escalas	Número de escalas - 1 (A1)	4	0	-
Escalas	Número Escalas - 2 Escalas (homem e mulher)	2	5	√
Escalas	Opção palavras Escala B1	4	4	√
Escalas	Palavras nas escalas	4	5	√
71	Uma Imagem pessoas – Facilitadores	6	4	-
87;101	Única linha	6	5	√

√ - Indica que a investigadora sugeriu a alteração; N (Norte) =6; N (Centro) =5

4.3.4. Sugestões (alterações) efetuadas quanto ao Conteúdo

4.3.4.1. Sugestões relativas à categoria *Clareza*

As tabelas 14, 15 e 16 apresentam as sugestões propostas pelo painel de peritos e pela investigadora quanto ao conteúdo do CDP, designadamente na categoria *Clareza*. Além disso, nomeiam o número de intervenientes, em cada grupo, que concordou e/ou sugeriu as sugestões mencionadas.

Tabela 14 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria *Clareza*

Pág.	Sugestões	Grupo		Investigadora
		Centro	Norte	
49	Acrescentar IRS	3	0	√
65	Amizade à distância	5	0	-
63	Assuntos – Papeladas	0	3	-
63	Aumentar Guiché e colocar IRS	5	3	-
Cartão 3	AVC por Trombose	5	5	√
77	Balão Afasia	3	0	-
13; 17	Balão de Fala	0	5	√
39	Balão Fala (Blá Blá Blá)	0	6	-

√ - Indica que a investigadora sugeriu a alteração; N (Norte) = 6; N (Centro) = 5

Tabela 15 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria Clareza

Pág.	Sugestões	Grupo		Investigadora
		Centro	Norte	
Cartão 2; 3; 31; 35; 39; 61; 62; 64; 66; 89	Balão pensar com pontos de interrogação – Compreender	5	5	√
29; 39	Balão pensar com relógio	0	6	√
19; 39	Balão pensar com relógio de hora específica e sinais vermelhos	5	0	-
93	Boca para baixo	5	0	-
Cartão 3	Cara triste	5	0	-
65	Cartas	4	0	-
63	Chapéu de enfermeira	5	5	-
99	Corar, suor, tirar lixo	5	0	-
63	Cruz vermelha	5	5	-
63	Dinheiro	5	6	-
33	Dois balões - homem - Compreendeste - senhora Sim	5	0	-
67	Em casa – Especificar	0	5	-
57; 59	Envelope	5	0	-
Escrever	Escrever no Computador	5	2	-
Escrever	Escrever no Telemóvel	5	2	-
53	Escrever nome da pessoa	5	0	-
65	Festas – Participação	0	2	-
57	Folha vertical	0	3	-
45	Frase gramaticalmente correta	5	6	-
45	Frase por Título	3	1	√
99	História da Anita	5	0	-
63	Hospital	5	2	-
65	Imagem de rua	5	1	-
79	Imagem e Palavra Telemóvel	5	6	√
77	Imagem escrever	0	5	-
101	Imagem família, casa, trabalho e balão pensar	5	0	-
105	Jogo da Malha	5	6	-
65	Kits Puzzles	4	0	-
Ler	Ler carta de um amigo	0	6	-
Ler	Ler livro	5	6	-
Ler	Ler no Computador	5	6	-
Ler	Ler no Telemóvel	5	6	√
Ler	Ler Postal	0	6	-
Ler	Ler Revistas	4	0	-
29; 39	Livro aberto	5	0	-
65	Livro Palavras Cruzadas Sudoku Sopa de Letras	4	0	-
31	Mãos para baixo - Compreender e Emoções	0	5	-
63	Mercado	0	3	-
63	Negócios Assuntos	5	0	-

√ - Indica que a investigadora sugeriu a alteração; N (Norte) = 6; N (Centro) = 5

Tabela 16 Sugestões feitas por ambos os grupos sobre a categoria Clareza

Pág.	Sugestões	Grupo		Investigadora
		Centro	Norte	
Comunicar	Novo tópico Comunicar - através do computador	5	0	-
Falar	Novo tópico Falar ao Telemóvel	5	6	
41; 47; 49	Óculos	0	5	-
55	Ovos	5	6	
99	Palavra Faz	0	5	-
93	Palavra Feito	1	1	-
93	Palavra Garra	5	2	√
59	Palavra IRS	5	5	-
17; 27	Palavra Mapas	5	0	-
93	Palavra Objetivo	4	0	-
65	Pesca, bicicleta e cartas	0	6	-
83	Pessoas sentadas na Fila	4	0	-
103	Pouco confiante - ar mais envergonhado	0	3	-
63	Praça	0	1	-
13	Retirar jornal	0	4	-
83	Senhas	5	0	-
65	Sol	4	0	-
85	Telemóvel	5	1	-
77	Telemóvel - Dicionário de palavras	0	2	-
5	Televisão	0	5	√
93	Traços Zangado	4	0	-
3; 7; 8; 12; 14; 15; 27; 43; 51; 57; 59; 61; 62; 64; 66; 89; cartão 2	Traduzir	4	3	√

√ - Indica que a investigadora sugeriu a alteração; N (Norte) = 6; N (Centro) = 5

4.4. Fase 3

Nesta fase chama-se a atenção apenas para o facto de o N relativo ao grupo do Norte estar reduzido a 4 elementos e não apresentar 6 elementos, como nas restantes fases (tal como referido no capítulo da metodologia).

4.4.1. Resultados quanto à Forma

4.4.1.1. Resultados da categoria (Nó) Design

Nesta categoria, tal como referido no capítulo 3, estão implícitos todos os dados relacionados com as alterações propostas nas Fases 1 e 2, quanto à clareza do instrumento, escalas usadas, texto e imagens que o constituem.

A tabela 17 diz respeito à opinião que o painel de peritos teve quanto à forma do CDP modificado, pretendendo saber se as alterações efetuadas vão de encontro ao que foi proposto por este, e se há ou não, mais sugestões/alterações a realizar.

Tabela 17 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Design

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Design	
		Não	Sim
Centro	N=5	0	5
Norte	N=4	0	4

4.4.2 Resultados quanto ao Conteúdo

4.4.2.1. Resultados da categoria (Nó) Clareza

Na presente categoria está incluída a Clareza quanto ao instrumento, itens, imagens, relativamente ao CDP alterado.

A tabela 18 diz respeito à opinião que o painel de peritos teve quanto ao Conteúdo do CDP alterado, mais concretamente quanto à categoria Clareza. Pretende saber se as alterações realizadas vão de encontro ao que foi proposto pelos participantes e se há ou não mais sugestões/alterações a realizar.

Tabela 18 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Clareza

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Clareza	
		Não	Sim
Centro	N=5	0	5
Norte	N=4	0	4

Nesta última fase, os elementos consideraram a nova versão do CDP clara e objetiva. No entanto, referiram a necessidade de aprimorar algumas das alterações efetuadas (ver tabela 22).

4.4.2.2. Resultados da categoria (Nó) Relevância

Esta categoria trata a Relevância dos itens do instrumento e a sua pertinência.

A tabela 19 apresenta a opinião dos participantes quanto a esta categoria, de forma a perceber se a nova versão do CDP vai de encontro às necessidades sentidas.

Tabela 19 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Relevância

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Relevância	
		Não	Sim
Centro	N=5	0	5
Norte	N=4	0	4

4.4.2.3 Resultados da categoria (Nó) Ambiguidade

A presente categoria trata a Ambiguidade quer dos itens quer das imagens da nova versão do CDP.

A tabela 20 apresenta a opinião do painel de peritos quanto à categoria supracitada, de forma a perceber se o propósito a que o CDP se propõe é objetivo.

Tabela 20 Resultados obtidos na Fase 3 quanto à Categoria Ambiguidade

Grupo	Amostra/Grupo	Categoria Ambiguidade	
		Não	Sim
Centro	N=5	5	0
Norte	N=4	4	0

4.4.3. Sugestões (alterações) efetuadas quanto à Forma

4.4.3.1. Sugestões relativas à categoria *Design*

A tabela 21 diz respeito a uma única sugestão proposta pela investigadora somente no grupo do Norte, no seguimento da mesma ter sido proposta no grupo do Centro.

Tabela 21 Sugestões propostas na Fase 3 quanto à Categoria Design

Pág.	Sugestões / Alterações	Grupo		Investigadora
		Norte	Centro	
Escalas	Palavras nas escalas	4	0	√

√ - Indica que a investigadora sugeriu a alteração

4.4.4. Sugestões (alterações) efetuadas quanto ao Conteúdo

4.4.4.1. Sugestões relativas à categoria Clareza

A tabela 22 apresenta as sugestões propostas à nova versão do CDP.

Tabela 22 Sugestões propostas na Fase 3 quanto à Categoria Clareza

Pág.	Sugestões / Alterações	Grupo		Investigadora
		Norte	Centro	
77	Aumentar imagem passatempos	0	3	-
57	Capa dura	4	0	-
Falar	Novo tópico falar ao computador	0	5	-
55	Palavra livro	0	4	-

4.5. Sugestões / alterações obtidas nas fases 1, 2 e 3

Esta secção pretende ilustrar a tendência que é observada na relação entre as sugestões obtidas nas fases 1, 2 e 3 com a metodologia adotada no presente estudo e com os procedimentos (escolhas) efetuados inerentes à metodologia em questão.

Um dos aspetos referidos no capítulo 4, metodologia, foi o papel desempenhado pela investigadora como participante. Em consequência da metodologia usada (*participatory workshop*) a investigadora moderou as reuniões no sentido de motivar o painel de peritos a propor sugestões e a adotar um sentido critico e discussão, acabando por propor algumas sugestões suportadas por outros estudos (Matos, 2012). A figura 4 ilustra a percentagem de sugestões propostas pela investigadora em relação ao painel de peritos, sendo ilustradas, na figura 5, as sugestões aceites e refutadas pelo painel de peritos.

Figura 4 Percentagem de sugestões painel de peritos vs. investigadora

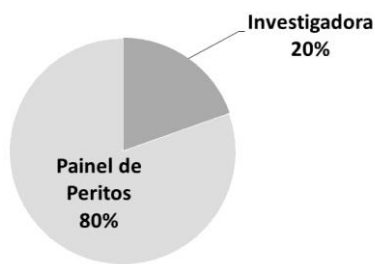
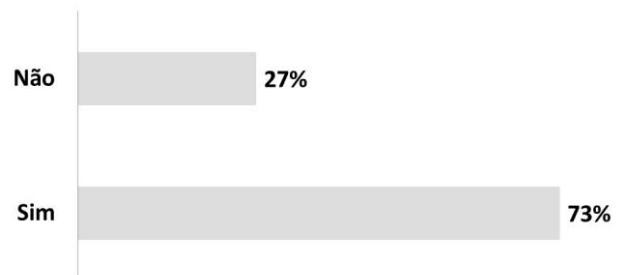
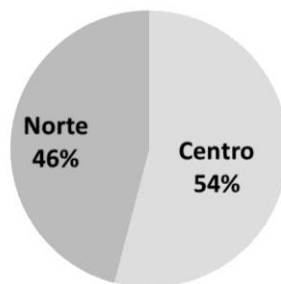


Figura 5 Percentagem de sugestões propostas pela investigadora aceites e refutadas



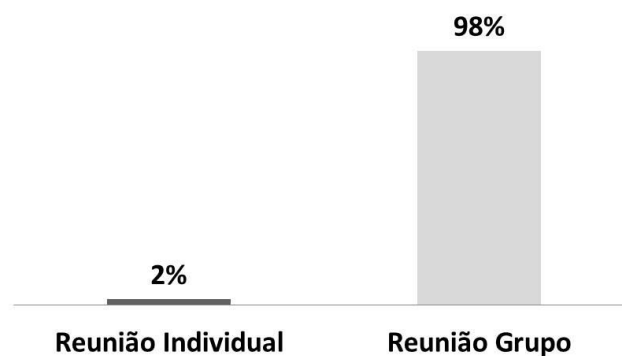
É referido no capítulo da metodologia que o grupo Norte, contrariamente ao grupo Centro estava familiarizado com a metodologia adotada neste estudo, visto que faz parte de um projeto comunitário do IPA. A figura 6 apresenta a tendência que é observada em ambos os grupos para propor alterações. É de salientar que os resultados obtidos na figura em questão representam apenas as fases 1 e 2, visto serem as fases em que o N de cada grupo estava completo. Foi também nestas fases que foi realizada a validação de conteúdo, de forma a obter as sugestões/alterações ao CDP. As sugestões obtidas nas fases 3 e 4 diziam respeito a pequenas alterações das sugestões propostas nas fases 1 e 2, pelo que não foram consideradas.

Figura 6 Percentagem de sugestões dadas por grupo



Relativamente ao tipo de reuniões realizadas sabe-se que para este estudo foram feitos dois tipos de reuniões: em grupo (fase 1) e individual (fase 2). A figura 7 representa a tendência que é observada quando comparados os dois tipos de reunião.

Figura 7 Percentagem de sugestões segundo o tipo de reunião (entrevista)



4.6. Fase 4

As tabelas 23, 24, 25 e 26 apresentam as sugestões propostas e validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia.

Tabela 23 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia

Página	Sugestão
Compreender	Novo tópico – compreender quando alguém fala através do computador
Comunicar	Novo tópico Comunicar - através do computador
Escalas	Número Escalas - 2 Escalas (homem e mulher)
Escalas	Opção palavras Escala B1
Escalas	Palavras nas escalas
Escrever	Escrever no Computador
Escrever	Escrever no Telemóvel

Sombreado ■ - grupo de sugestões homogéneas; Sem sombreado – grupo de sugestões heterogéneas

Tabela 24 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia

Página	Sugestão
Falar	Novo tópico Falar ao Telemóvel – imagem duas pessoas a falar com uma barreira
Falar	Novo tópico Falar - através do computador
Ler	Ler carta de um amigo
Ler	Ler livro com imagem de livro ao alto.
Ler	Ler no Computador
Ler	Ler no Telemóvel
Ler	Ler Postal
Ler	Ler Revistas
Todas	Cores
Cartão 2	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
Cartão 2	Traduzir
Cartão 3	AVC por Trombose
Cartão 3	Cara triste
3	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
3	Traduzir
5	Televisão
7	Traduzir
8	Traduzir
12	Traduzir
13	Retirar jornal
13	Balão de Fala
14	Traduzir
15	Aumentar espaçamento entre linhas
16	Traduzir
17	Balão de Fala
17	Palavra Mapas
19	Balão pensar com relógio de hora específica e sinais vermelhos
25	Aumentar espaçamento entre linhas
27	Aumentar espaçamento entre linhas
27	Palavra Mapas

Sombreado ■ - grupo de sugestões homogéneas; Sem sombreado – grupo de sugestões heterogéneas

Tabela 25 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia

Página	Sugestão
28	Traduzir
29	Aumentar espaçamento entre linhas
29	Palavra Mapas
29	Livro aberto
29	Balão pensar com relógio de hora específica com sinais vermelhos
31	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
33	Dois balões – homem – Compreendeste – senhora Sim
35	Aumentar espaçamento entre linhas
37	Aumentar espaçamento entre linhas
39	Aumentar espaçamento entre linhas
39	Balão Fala (Blá Blá Blá)
39	Balão pensar com relógio de hora específica com sinais vermelhos
39	Livro aberto
41	Óculos
43	Aumentar espaçamento entre linhas
43	Traduzir
45	Aumentar espaçamento entre linhas
45	Frase gramaticalmente correta
45	Frase por Título
47	Aumentar espaçamento entre linhas
47	Óculos
49	Aumentar espaçamento entre linhas
49	Acrescentar IRS
49	Óculos
51	Traduzir
53	Escrever nome da pessoa
55	Ovos
57	Aumentar espaçamento entre linhas
57	Folha vertical
57	Traduzir
57	Envelope
59	Envelope
59	Palavra IRS
59	Traduzir
61	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
61	Traduzir
62	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
62	Traduzir
63	Aumentar Guiché e colocar IRS
63	Chapéu de enfermeira
63	Cruz vermelha
63	Dinheiro
63	Hospital

Sombreado ■ – grupo de sugestões homogêneas; Sem sombreado – grupo de sugestões heterogêneas

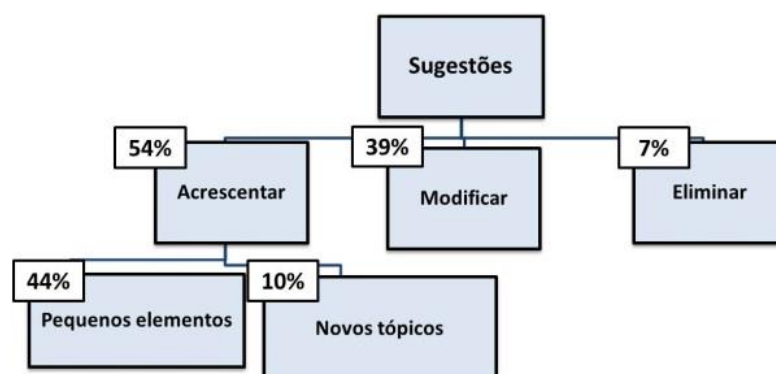
Tabela 26 Sugestões validadas para a versão final do CDP para a população portuguesa com afasia

Página	Sugestão
63	Negócios Assuntos
64	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
64	Traduzir
65	Amizade à distância
65	Festas – Participação
65	Imagem de rua
65	Pesca, bicicleta e cartas
65	Sol
66	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
66	Traduzir
67	Em casa – Especificar
71	Uma Imagem pessoas - Facilitadores
77	Balão Afasia
77	Telemóvel - Dicionário de palavras
77	Imagem escrever
79	Imagem e Palavra Telemóvel
83	Pessoas sentadas na Fila
83	Senhas
85	Telemóvel
87	Única linha
89	Balão pensar com pontos de interrogação - Compreender
89	Traduzir
89	Óculos
93	Boca para baixo
93	Palavra Garra
93	Palavra Objetivo
93	Traços Zangado
97	Pouco confiante - ar mais envergonhado
99	Corar, suor, tirar lixo
99	História da Anita
101	Imagem família, casa, trabalho e balão pensar
101	Única linha
105	Jogo da Malha

Sombreado ■ – grupo de sugestões homogéneas; Sem sombreado – grupo de sugestões heterogéneas

A figura 8 ilustra quais os indicadores mais usados pelo painel de peritos para as sugestões propostas referidas nas tabelas 23, 24, 25 e 26.

Figura 8 Indicadores utilizados para as sugestões validadas da versão final do CDP para a população portuguesa com afasia



CAPÍTULO 5

Discussão

5.1. Introdução

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados obtidos nas diferentes fases do presente projeto. A discussão será apresentada segundo o mesmo esquema base do capítulo 4 (resultados).

5.2. Fase 1 | Fase 2 | Fase 3

5.2.1. Resultados obtidos quanto à Forma

No que concerne à Forma, ou seja, ao *Design* do CDP, o painel de peritos é unânime ao referir que o instrumento não está formatado adequadamente à população portuguesa de PCAs. Em ambos os grupos (Norte e Centro), todos os elementos responderam não à questão “ (...) concordam com o *design* do CDP?”. Resultado disso foi a tabela 13, apresentada no capítulo referente aos resultados, a qual indica quais as sugestões/alterações propostas pelos participantes.

Parte das sugestões dizem respeito a questões de formatação de texto e imagem. Outras vão de encontro à sociedade e cultura portuguesa. Exemplo disso é a redução do número de escalas (de A1 a A8) e imagens usadas na área da Participação. Para o instrumento original os autores acharam que seria benéfico usar o número de escalas originalmente propostas (8), devido à grande diversidade cultural do país de origem do CDP (Inglaterra). Em Portugal tal não se verifica e por isso em ambos os grupos foi consensual a redução do número de escalas e imagens para a versão final portuguesa do CDP.

5.2.2. Resultados quanto ao Conteúdo

Relativamente às categorias principais *Ambiguidade* e *Relevância*, o painel de peritos considera o CDP válido. É um instrumento de avaliação relevante, constituído por itens pertinentes que vão de encontro à realidade da PCA (“Dá... pronto... mostra o meu problema” (V.C.)). Cobrem as necessidades sentidas, sendo na sua grande maioria designados pelo painel de peritos como questões “importantíssimas”, dado que permitem às PCAs “(...) falar (...) de tudo!” (J.C.). Um dos aspetos positivos referidos pelo painel de peritos foi o facto de o CDP usar “palavras, frase (...)” (J.O.) por meio de uma linguagem acessível. Trata-se de um instrumento no qual se compreende claramente o seu propósito.

No que concerne à categoria principal *Clareza* o painel de peritos classificou o CDP, de forma geral, como sendo um instrumento claro. Por ter sido feito à luz de uma realidade que não a da cultura e sociedade portuguesas há aspetos que têm de ser alterados e adaptados. O painel de peritos consultado considera o CDP incompleto, mais concretamente na temática Atividades (Falar, Comunicar, Compreender, Ler e Escrever) e Participação. É nesta linha de pensamento que assentam a maior parte das sugestões propostas: acrescentar novos tópicos nas áreas supracitadas, de forma a completar e adaptar o CDP tanto à realidade da população portuguesa com afasia como ao desenvolvimento das novas tecnologias. Os tópicos adicionados têm por base uma componente mais tecnológica, de forma a completar todas as áreas e contextos em que o indivíduo se insere. As restantes sugestões/alterações são direcionadas à clareza das imagens. Estas direccionaram-se mais nos indicadores de modificar e acrescentar algo. Já ao nível de texto/palavras as sugestões foram mais reduzidas.

No que diz respeito à *Extensão* do CDP a opinião do painel de peritos não foi unânime. Grande parte dos elementos referiu que a extensão do instrumento “é razoável” (B.M.), “média” (J.O.). Por outro lado, houve elementos que acharam o CDP “longo” (J.F.). Contudo, todos os participantes referiram que as questões são importantes e houve mesmo quem referisse que o CDP deveria ser repartido em duas sessões.

5.2.3. Sugestões / alterações obtidas nas fases 1, 2 e 3

Tal como referido nos capítulos 3 e 4 (metodologia e resultados) a investigadora teve de adotar o papel de participante em algumas situações. Ao ser moderadora das reuniões, ao motivar as sugestões e a discussão entre o grupo, acabou por também ela referir algumas sugestões suportadas por outros estudos (Matos, 2012). Porém, atendendo aos resultados obtidos no capítulo anterior (figura 4), pensa-se que tal papel não terá influenciado a opinião do painel de peritos. Analisando o total das sugestões propostas verifica-se que, à investigadora corresponde uma percentagem mínima do número de sugestões efetuadas, comparativamente à percentagem de sugestões correspondente ao painel de peritos. Desta forma, pensa-se que ambos os grupos que constituíram o painel de peritos não se deixaram influenciar pela opinião da investigadora, tendo aceitado e refutado as suas ideias e sugerindo as suas próprias sugestões, convictamente e sem hesitações (figura 5). No capítulo da metodologia (capítulo 3) foi referido que o grupo do Norte, contrariamente ao grupo do Centro estava familiarizado com a metodologia adotada para a recolha de dados. Neste sentido, após a análise cuidada às sugestões (figura 6), pensa-se que a familiarização com a metodologia em causa não influenciou os resultados obtidos neste grupo, visto que o grupo do Centro tende a ser o grupo que mais alterações/sugestões propôs.

Tendo em conta o que foi sugerido por *Dalemans et al.* (2010) em relação ao fator ambiental, pensa-se que este fator poderá ter contribuído para esta tendência. Isto porque, tal como referido anteriormente (capítulo 2) pelos autores, sabe-se que os indivíduos que residem em cidades mais pequenas estão mais predispostos à comunicação e participação social.

Analisando os dados verifica-se que, apesar de o grupo do Norte ter um N maior (N=6) em relação ao grupo do Centro (N=5), é precisamente este último quem tem maior número de sugestões propostas. Por outro lado, pensa-se que a redução do N no grupo do Norte não teve influência na constatação supracitada, uma vez que esta redução se fez sentir apenas nas Fases 3 e 4 do projeto. Olhando para a caracterização da amostra do grupo do Centro, denota-se que é quem tem os elementos com maior grau de escolaridade e com cargos e responsabilidades profissionais mais elevados. Já o tempo de evolução do AVC é semelhante em ambos os grupos, assim como a idade dos indivíduos (embora o grupo do Norte tenha uma média de idades ligeiramente superior). Estes factos poderão justificar grande parte das alterações e sugestões propostas tenham uma base/componente mais tecnológica.

Ao analisar as tabelas 14, 15, 16, 23, 24, 25 e 26 denota-se que ambos os grupos têm alguma conformidade nas sugestões propostas. Contudo, observa-se que estes têm necessidades peculiares que vão de encontro à caracterização de cada grupo. Isto é, há sugestões comuns que demonstram as mesmas necessidades, mas também existem sugestões que apenas foram propostas somente por um dos grupos, pela necessidade que este sentiu. Exemplo disso é a sugestão relativa à Forma, mais concretamente ao *design* em aumentar o espaçamento entre

linhas, proposto pelo grupo Norte e refutado pelo grupo Centro. Também a componente mais tecnológica se fez sentir mais no grupo Centro ao propor a inclusão de novos itens quanto ao Conteúdo, especificamente quanto à categoria clareza no novo tópico falar ao computador.

Outra questão a ter em conta é o facto de se terem realizado dois tipos de reuniões: em grupo (fase 1) e individual (fase 2). Também ao analisar os dados obtidos, constatou-se que percentagem de sugestões dadas individualmente acerca do CDP tende a ser substancialmente inferior comparativamente com as reuniões em grupo (figura 7). Tal facto vem de encontro ao que é sugerido na bibliografia relativamente ao tipo de metodologia usada para este tipo de estudos com esta população. Nas reuniões em grupo os participantes estavam mais autoconfiantes, num ambiente de entreaajuda e com maior iniciativa.

Ao analisar os dados do capítulo dos resultados, mais concretamente a secção 4.5. observa-se que, neste estudo, os indivíduos que tendem a propor mais alterações/sugestões são os que têm mais experiência (vivências de vida), profissões que exigiam mais responsabilidade e cargos importantes, assim como, os mais jovens e com maior tempo de evolução do AVC. Parte dos fatores referidos são mencionados na CIF no componente Fatores Pessoais, o qual pode incluir “o sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiencia passada e presente, padrão geral de comportamento, caracter, características psicológicas individuais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível” (DGS, 2004, p. 19). Sabe-se através dos dados recolhidos na Fase 0 e pela interação estabelecida entre os participantes e a investigadora ao longo das reuniões, que são estes, os participantes que mais situações comunicativas têm no seu dia-a-dia. Este ponto vai de encontro ao estudo feito por *Dalemans et al.* (2010), o qual menciona que, quanto mais situações de comunicação as PCAs tiverem, mais as suas capacidades comunicativas são estimuladas e mais predispostas estão à participação social. Apesar de haver elementos, cujo tempo de evolução do AVC é maior (M.P., L.A. e J.C.), o seu grau de escolaridade, responsabilidades e cargo profissional são menores o que poderá ter contribuído para um menor número de sugestões. Outro aspeto a ter em conta é o fato de estes participantes residirem todos numa grande cidade, com um número vasto de distrações e ruído. Atendendo ao fator ambiental referido na bibliografia (Dalemans et al., 2010), sabe-se que este tipo de ambiente provoca uma diminuição na predisposição da PCA em comunicar.

Relativamente ainda ao tempo de evolução sabe-se que as PCAs se retraem quanto à sua participação social devido ao sentimento causado pelos problemas resultantes da etiologia e da afasia, no início e durante a sua recuperação (Dalemans et al., 2010). Este ponto correlaciona-se com a tendência que é observada neste estudo, considerando os resultados obtidos. Os participantes que tiveram o AVC mais recente (2013 e 2014) tendem a ser os que menos opinaram. No fundo, propor sugestões e/ou alterações ao instrumento, implica de certa forma que o indivíduo fale sobre as consequências que a afasia trouxe, traz e irá trazer sobre a sua vida nos diferentes contextos em que se insere. No que concerne à capacidade de compreensão auditiva de material verbal simples e ao quociente de afasia a tendência que é observada neste estudo é que ambos os indicadores referidos tendem a não influenciar a iniciativa em arbitrar sobre estas questões. Porém, estes dois indicadores não são referidos na literatura e nos estudos consultados.

5.3. Fase 4

De acordo com as tabelas 23, 24, 25, 26 e a figura 8 do capítulo anterior, observa-se que as sugestões propostas e validadas pelo painel de peritos tendem a ir ao encontro dos indicadores Acrescentar, Eliminar e Modificar algo.

A maioria das sugestões passou por acrescentar novos tópicos na secção Atividades (Ler, Falar, Escrever, Comunicar e Compreender) e por acrescentar pequenos elementos chave em todas as secções (na sua maioria nas Atividades).

O painel de peritos também sugeriu modificar (alterar e/ou substituir) algo em todas as secções do CDP, sendo a secção Atividades quem sofreu mais alterações.

O indicador Eliminar foi o menos proposto pelo painel de peritos nas suas sugestões, tendo sido apenas sugerido ao nível das escalas, secção Falar e Influências Externas.

CAPÍTULO 6

Conclusões

6.1. Introdução

Serão apresentadas neste capítulo as conclusões mais relevantes deste projeto, resultantes de uma reflexão sobre os dados obtidos, apresentados e discutidos nos capítulos 4 e 5. Pretende-se apresentar uma breve reflexão sobre a sua possível importância na prática clínica dos TFs, em Portugal, fazendo algumas sugestões que possam implicar uma possível modificação dos seus padrões de atuação. Serão apresentadas as limitações e dificuldades sentidas no desenvolvimento deste trabalho e feitas algumas sugestões para novos estudos que possam vir a desenvolver-se num futuro próximo.

6.2. Conclusões

O objetivo inicial deste projeto foi a validação de conteúdo do CDP – versão portuguesa. Para tal, foi necessário recorrer a um painel de peritos constituído por PCAs, com o intuito de obter uma versão final do instrumento que vá de encontro, o mais possível, à real necessidade da população portuguesa com afasia. Optou-se por adotar uma metodologia que proporcionasse a integração do painel de peritos em grupo, de forma a potenciar o espírito crítico e de discussão, de modo a obter um maior número de sugestões/alterações por parte das PCAs. Relativamente à metodologia adotada, o *feedback* foi positivo, sendo este tipo de abordagem uma mais-valia em projetos futuros. O tipo de metodologia utilizada permitiu a recolha de uma diversidade de dados extremamente rica sobre a população portuguesa com afasia. Estes dados serão importantes considerar futuramente em trabalhos desta natureza com este tipo de condição.

No que diz respeito ao painel de peritos consultado neste estudo, conclui-se que o grau de escolaridade, as vivências (experiência de vida), profissão (responsabilidade e cargo desempenhado) e a idade tendem a influenciar na iniciativa e espírito crítico/discussão. O tempo de evolução do AVC é um indicador importante a ter em conta nos critérios de seleção, pelo facto de poder inibir de alguma forma o indivíduo de falar abertamente sobre questões que na verdade estão diretamente ligadas a si, quando o AVC é ainda recente. Por esta razão, pensa-se que para a aplicação deste instrumento, este indicador seja tomado em consideração. Pensa-se que será uma mais-valia que o CDP seja aplicado a PCAs que tenham um tempo de evolução considerável pela predisposição em falar da sua nova condição.

Em suma, conclui-se que o CDP – versão portuguesa está incompleto nas áreas das Atividade e Participação. No entanto, mede as consequências da afasia nos níveis Atividade, Participação, Fatores contextuais e Emoções, da população portuguesa com afasia. As sugestões propostas complementam as lacunas do CDP – versão portuguesa, de forma a obter uma versão final (completa) deste instrumento.

6.3. Implicações dos resultados obtidos na prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal

Os resultados obtidos junto dos participantes constituem uma base de evidência da necessidade de implementar este tipo de avaliação e intervenção, ou seja, considerando-se os diferentes domínios contemplados na CIF. É o caso da versão final validada do CDP para a população portuguesa com afasia. A versão obtida neste projeto vai permitir aos TFs realizar uma avaliação mais pormenorizada da PCA. O plano de intervenção da PCA será mais eficaz uma vez que

contempla objetivos que vão de encontro às suas necessidades, em todos os contextos em que a pessoa se insere.

6.4. Limitações do projeto

Uma das dificuldades sentidas prende-se com o facto de nem todos os participantes poderem ter estado presentes em todas as reuniões previstas, por motivos pessoais e físicos (questão da mobilidade reduzida). A recolha e análise dos dados foram mais morosas e difíceis de concretizar. Foi o caso das Fases 3 e 4, em que o grupo do Norte ficou com um N reduzido a quatro elementos (Fase 3) e com um N reduzido a três elementos (Fase 4). Este facto levou a que a validação final da nova versão do CDP pudesse ter ficado com algumas questões por debater.

Durante a realização das reuniões com as PCAs foram também sentidas algumas limitações. Ainda que tendo sido utilizados vários métodos de facilitação da comunicação/conversação, certos temas mostraram-se mais difíceis de explorar, principalmente quando a PCA apresentava um maior défice de compreensão e/ou um discurso não fluente.

Ainda que a amostra seja satisfatória de acordo com a bibliografia consultada (Lynn, 1986), pensa-se que a criação de um terceiro grupo de um distrito mais a sul seria benéfica pela diversidade de sugestões obtidas neste estudo. Porém, conclui-se que a amostra em questão foi bastante representativa da população portuguesa com afasia.

6.5. Trabalhos futuros

Através da análise criteriosa e reflexão dos dados obtidos neste estudo, sugere-se que em trabalhos futuros, com a inclusão de PCAs, os investigadores considerem o tipo de metodologia usada neste projeto. Também os critérios de inclusão devem ser cautelosamente definidos, principalmente os indicadores escolaridade, profissão, idade e o tempo de evolução.

Bibliografia

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Alliance. (2001). A Facilitators ' Guide to Participatory Workshops with NGOs / CBOs Responding to HIV / AIDS, (1038860), 1–10.
- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person ' s views of the encounter with other people : a grounded theory analysis, 285–292.
- ASHA. (2015). Clinical Topics. Retrieved March 23, 2015, from <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Overview>
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A Clinical Perspective*. New York: Oxford University Press. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=iZ8PfkGfOUC&pgis=1>
- Bowling, A. (1997). *Measuring health : a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brennan, A., Worrall, L., & McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: An exploratory study. *Aphasiology*, 19(8), 693–711. <http://doi.org/10.1080/02687030444000958>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. Elsevier/Saunders, 2005. Retrieved from http://books.google.pt/books/about/The_Practice_of_Nursing_Research.html?id=vj_LZ6w2kXoC&pgis=1
- Caldas, A. C. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Universidade de Lisboa.
- Chapey, R. (2001). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=JRdlcYX8aycC&pgis=1>
- Code, C., & Heron, C. (2003). Services for aphasia, other acquired adult neurogenic communication and swallowing disorders in the United Kingdom, 2000. *Disability and Rehabilitation*, 25(21), 1231–7. <http://doi.org/10.1080/09638280310001599961>
- Dalemans, R., de Witte, L. P., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. T. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542–555. <http://doi.org/10.1177/0269215507087462>
- Dalemans, R. J. P., Witte, L., Wade, D., & Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders /*

Royal College of Speech & Language Therapists, 45(5), 537–550.
<http://doi.org/10.3109/13682820903223633>

Damásio, A. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa.

Davidson, B., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). Exploring the interactional dimension of social communication: A collective case study of older people with aphasia. *Aphasiology*, 22(3), 235–257. <http://doi.org/10.1080/02687030701268024>

Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2000). *Using Nursing Research: Process, Critical Evaluation, and Utilization*. Lippincott. Retrieved from
<https://books.google.com/books?id=wIBtAAAAMAAJ&pgis=1>

DGS. (2004). *Lisboa 2004. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa.

Diário da República. D.L. 261/93, de 24 de Julho, 172 Diário da República 16 (1993).

Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa: LIDEL.

Elman, R. J., Ogar, J., & Elman, S. H. (2000). Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14(5-6), 455–459. <http://doi.org/10.1080/026870300401234>

Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... Lyrer, P. a. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37(6), 1379–1384.
<http://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>

Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Universidade de Lisboa.

Fortin, M.-F., & Salgueiro, N. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. LUSODIDACTA. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=eOF0PgAACAAJ&pgis=1>

Frattali, C. M. (1998). *Measuring Outcomes in Speech-language Pathology*. New York: Thieme. Retrieved from <http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=tFRDhje2F-AC&pgis=1>

Galliers, J., Wilson, S., Muscroft, S., Marshall, J., Roper, A., Cocks, N., & Pring, T. (2011). Accessibility of 3D Game Environments for People with Aphasia: An Exploratory Study. *The Proceedings of the 13th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility*, 139–146. <http://doi.org/10.1145/2049536.2049562>

Galliers, J., Wilson, S., Roper, A., Cocks, N., Marshall, J., Muscroft, S., & Pring, T. (2012). Words are not enough: empowering people with aphasia in the design process. *Proceedings of the 12th Participatory Design Conference: Research Papers - Volume 1*, 51–60.
<http://doi.org/10.1145/2347635.2347643>

Garcia, E., & Connor, L. T. (2011). *Understanding Barriers and Facilitators to Participation in People with Aphasia A Qualitative Approach* (No. 11-38). St. Louis.

- Goodglass, H. (1993). *Understanding Aphasia*. Academic Press. Retrieved from http://books.google.pt/books/about/Understanding_Aphasia.html?id=Ta1rAAAAMAAJ&pgis=1
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269–274. [http://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.3.co;2-3](http://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.3.co;2-3)
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content Validity in Psychological Assessment : A Functional Approach to Concepts and Methods Introduction to Content Validity. *Psychological Assessment*, 7(3), 238–247. <http://doi.org/10.1037//1040-3590.7.3.238>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619–625. [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
- International, Q. (2012). NVIVO. Retrieved from <http://www.qsrinternational.com>
- Johansson, M. B., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: From the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47(2), 144–155. <http://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x>
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816–830. <http://doi.org/10.1080/02687039808249575>
- Kagan, A., & Simmons-Mackie, N. (2007). Beginning With the End. Outcome-Driven Assessment and Intervention With Life Participation in Mind. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 309–317.
- Kearns, K. P. (1992). Functional Outcome: Methodological Considerations. *Clinical Aphasiology*, 21.
- Luck, A. M., & Rose, M. L. (2007). Interviewing people with aphasia: Insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21(2), 208–224. <http://doi.org/10.1080/02687030601065470>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification Of Content Validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–386. Retrieved from http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx
- Lyon, J. G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., ... Blanc, M. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11(7), 693–708. <http://doi.org/10.1080/02687039708249416>

- Martin, N., Thompson, K. C., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation: The Impairment and Its Consequences*. Plural Pub. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=a-ohAQAAAMAAJ&pgis=1>
- Matos, M. A. C. (2012). *Níveis de actividade e participação das pessoas com afasia: desenvolvimento de instrumentos de avaliação portugueses*. (Tese de Doutoramento) Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/9065>
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Cruice, M. (2012). Assessment of Aphasia in Portugal : Past , present and future Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra , Portugal ; 2 School of Informatics Engineering of Aveiro (IEETA), University of Aveiro , Portugal ; 4 City University London ,.
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Cruice, M. (2014a). Assessment of Aphasia in Portugal : Past, present and future. *Science of Aphasia*, 46(8).
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Cruice, M. (2014b). Consequences of stroke and aphasia according to the ICF domains: Views of Portuguese people with aphasia, family members and professionals. *Aphasiology*, 1–26. <http://doi.org/10.1080/02687038.2014.906561>
- Matos, M. da A. C., & Jesus, L. M. T. (2011). Mini-Mental State Modificado (MMSM)(Processo INPI 483183 com despacho de concessão em 3/8/2011, inserido no Boletim da Propriedade Industrial Número 2011/08/08 (150/2011); Deferimento pela IGAC em 4/07/2011 – N° 3303/2011).
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Allen Gomes, A. (2010). In Proceedings of the 28th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP 2010), Athens, Greece. *Medicina*, (Ialp), 1–7.
- Mc Menamin, R., Tierney, E., & Mac Farlane, A. (2015). Addressing the long-term impacts of aphasia: how far does the Conversation Partner Programme go? *Aphasiology*, (February 2015), 1–25. <http://doi.org/10.1080/02687038.2015.1004155>
- McGilton, K. S. (2003). Development and Psychometric Evaluation of Supportive Leadership Scales. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72–86.
- National Aphasia Association. (2011). Aphasia FAQs | National Aphasia Association. Retrieved March 25, 2015, from <http://www.aphasia.org/aphasia-faqs/>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2015). Stroke Information Page: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Retrieved March 25, 2015, from <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>
- National Stroke Association. (2014). Understand Stroke. Retrieved March 25, 2015, from <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>

- O'Halloran, R., & Larkins, B. (2008). The ICF Activities and Participation related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2), 18–26.
<http://doi.org/10.1080/14417040701772620>
- O'Halloran, R. T., Worrall, L. E., Toffolo, D., Code, C., & Hickson, L. M. H. (2004). *IFCI: Inpatient functional communication interview*. Oxon, UK: Speechmark Publ. Retrieved from
<http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:40782>
- OMS. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2011). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Vol. 3). David D. Cella. Retrieved from
<http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ZvN3wHnyiYQC&pgis=1>
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123.
<http://doi.org/10.1080/02687030600798337>
- Pearl, G., Sage, K., & Young, A. (2011). Involvement in volunteering: an exploration of the personal experience of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(19-20), 1805–1821.
<http://doi.org/10.3109/09638288.2010.549285>
- Rose, T. (2012). 15 th IARC Monday 8 th October , 2012 Written stroke and aphasia information : Preferences of people with aphasia Tanya Rose : t.rose@uq.edu.au 15 th IARC Tanya Rose : t.rose@uq.edu.au, 1–6.
- Salter, K., Jutai, J., Foley, N., Hellings, C., & Teasell, R. (2006). Identification of aphasia post stroke: a review of screening assessment tools. *Brain Injury*, 20(6), 559–68.
<http://doi.org/10.1080/02699050600744087>
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., Charles Victor, J., Rowland, A. C., Mok, A., Hoch, J. S., ... Streiner, D. L. (2011). The Assessment for Living with Aphasia: Reability and validity. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Sireci, S. G. (1998). The Construct of Content Validity. *Social Indicators Research*, 45(1), 83–117.
<http://doi.org/10.1023/A:1006985528729>
- Swinburn, C. A. (2004). *Evolution of the concepts and methods associated with exploring and measuring the impact of aphasia*. City University. Retrieved from
<http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.397873>
- Swinburn, K., & Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. London: Connect - the communication disability network.
- Vaz, A. M., Pinto, C. G., Ramos, F., Martins, J. C. L., Sennfelt, J., João, A., ... Barros, P. P. (1996). As Reformas dos Sistemas de Saúde.
- World Health Organization. (2001). *A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneve.

- Worrall, L. (1992). Functional communication assessment: An Australian perspective. *Aphasiology*, 6(1), 105–110. <http://doi.org/10.1080/02687039208248581>
- Worrall, L., & Frattali, C. M. (2011). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. Retrieved from <http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Q75TISo7WTAC&pgis=1>
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging: From Prevention to Intervention*. USA: Delmar Learning, 2003. Retrieved from http://books.google.pt/books/about/Communication_Disability_in_Aging.html?id=Yaksnv_p530C&pgis=1
- Worrall, L., McCooley, R., Davidson, B., Larkins, B., & Hickson, L. (2002). The Validity of Functional Assessments of Communication and the Activity/Participation Components of the ICIDH-2: Do They Reflect What Really Happens in Real-Life?. *Journal of Communication Disorders*, 35(2), 107–37. Retrieved from <http://eric.ed.gov/?id=EJ647171>
- Yerxa, E. J. (1998). Spirit for Occupation, 52(6).
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, 13(3), 219–224. <http://doi.org/10.1080/026870399402190>
- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061–3068. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Alliance. (2001). A Facilitators ' Guide to Participatory Workshops with NGOs / CBOs Responding to HIV / AIDS, (1038860), 1–10.
- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person ' s views of the encounter with other people : a grounded theory analysis, 285–292.
- ASHA. (2015). Clinical Topics. Retrieved March 23, 2015, from <http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663§ion=Overview>
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A Clinical Perspective*. New York: Oxford University Press. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=iZ8PfkGfOUC&pgis=1>
- Bowling, A. (1997). *Measuring health : a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brennan, A., Worrall, L., & McKenna, K. (2005). The relationship between specific features of aphasia-friendly written material and comprehension of written material for people with aphasia: An exploratory study. *Aphasiology*, 19(8), 693–711. <http://doi.org/10.1080/02687030444000958>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. Elsevier/Saunders, 2005. Retrieved from http://books.google.pt/books/about/The_Practice_of_Nursing_Research.html?id=vj_LZ6w2kXoC&pgis=1

- Caldas, A. C. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Universidade de Lisboa.
- Chapey, R. (2001). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=JRdlcYX8aycC&pgis=1>
- Code, C., & Heron, C. (2003). Services for aphasia, other acquired adult neurogenic communication and swallowing disorders in the United Kingdom, 2000. *Disability and Rehabilitation*, 25(21), 1231–7. <http://doi.org/10.1080/09638280310001599961>
- Dalemans, R., de Witte, L. P., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. T. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542–555. <http://doi.org/10.1177/0269215507087462>
- Dalemans, R. J. P., Witte, L., Wade, D., & Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(5), 537–550. <http://doi.org/10.3109/13682820903223633>
- Damásio, A. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa.
- Davidson, B., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). Exploring the interactional dimension of social communication: A collective case study of older people with aphasia. *Aphasiology*, 22(3), 235–257. <http://doi.org/10.1080/02687030701268024>
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2000). *Using Nursing Research: Process, Critical Evaluation, and Utilization*. Lippincott. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=wIBtAAAAMAAJ&pgis=1>
- DGS. (2004). *Lisboa 2004. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa.
- Diário da República. D.L. 261/93, de 24 de Julho, 172 Diário da República 16 (1993).
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lisboa: LIDEL.
- Elman, R. J., Ogar, J., & Elman, S. H. (2000). Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14(5-6), 455–459. <http://doi.org/10.1080/026870300401234>
- Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., ... Lyrer, P. a. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37(6), 1379–1384. <http://doi.org/10.1161/01.STR.0000221815.64093.8c>
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Universidade de Lisboa.
- Fortin, M.-F., & Salgueiro, N. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. LUSODIDACTA. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=eOF0PgAACAAJ&pgis=1>

- Frattali, C. M. (1998). *Measuring Outcomes in Speech-language Pathology*. New York: Thieme. Retrieved from <http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=tFRDhje2F-AC&pgis=1>
- Galliers, J., Wilson, S., Muscroft, S., Marshall, J., Roper, A., Cocks, N., & Pring, T. (2011). Accessibility of 3D Game Environments for People with Aphasia: An Exploratory Study. *The Proceedings of the 13th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility*, 139–146. <http://doi.org/10.1145/2049536.2049562>
- Galliers, J., Wilson, S., Roper, A., Cocks, N., Marshall, J., Muscroft, S., & Pring, T. (2012). Words are not enough: empowering people with aphasia in the design process. *Proceedings of the 12th Participatory Design Conference: Research Papers - Volume 1*, 51–60. <http://doi.org/10.1145/2347635.2347643>
- Garcia, E., & Connor, L. T. (2011). *Understanding Barriers and Facilitators to Participation in People with Aphasia A Qualitative Approach* (No. 11-38). St. Louis.
- Goodglass, H. (1993). *Understanding Aphasia*. Academic Press. Retrieved from http://books.google.pt/books/about/Understanding_Aphasia.html?id=Ta1rAAAAMAAJ&pgis=1
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269–274. [http://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.3.co;2-3](http://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.3.co;2-3)
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content Validity in Psychological Assessment : A Functional Approach to Concepts and Methods Introduction to Content Validity. *Psychological Assessment*, 7(3), 238–247. <http://doi.org/10.1037//1040-3590.7.3.238>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619–625. [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00036-1](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1)
- International, Q. (2012). NVIVO. Retrieved from <http://www.qsrinternational.com>
- Johansson, M. B., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: From the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47(2), 144–155. <http://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x>
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12(9), 816–830. <http://doi.org/10.1080/02687039808249575>
- Kagan, A., & Simmons-Mackie, N. (2007). Beginning With the End. Outcome-Driven Assessment and Intervention With Life Participation in Mind. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 309–317.

- Kearns, K. P. (1992). Functional Outcome: Methodological Considerations. *Clinical Aphasiology*, 21.
- Luck, A. M., & Rose, M. L. (2007). Interviewing people with aphasia: Insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21(2), 208–224.
<http://doi.org/10.1080/02687030601065470>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification Of Content Validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–386. Retrieved from
http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx
- Lyon, J. G., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., Kumpula, J., ... Blanc, M. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11(7), 693–708.
<http://doi.org/10.1080/02687039708249416>
- Martin, N., Thompson, K. C., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation: The Impairment and Its Consequences*. Plural Pub. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=a-ohAQAAAMAJ&pgis=1>
- Matos, M. A. C. (2012). *Níveis de actividade e participação das pessoas com afasia: desenvolvimento de instrumentos de avaliação portugueses*. (Tese de Doutoramento) Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/9065>
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Cruice, M. (2012). Assessment of Aphasia in Portugal : Past , present and future Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra , Portugal ; 2 School of Informatics Engineering of Aveiro (IEETA), University of Aveiro , Portugal ; 4 City University London ,.
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Cruice, M. (2014a). Assessment of Aphasia in Portugal : Past, present and future. *Science of Aphasia*, 46(8).
- Matos, M. A. C., Jesus, L. M. T., & Cruice, M. (2014b). Consequences of stroke and aphasia according to the ICF domains: Views of Portuguese people with aphasia, family members and professionals. *Aphasiology*, 1–26. <http://doi.org/10.1080/02687038.2014.906561>
- Matos, M. da A. C., & Jesus, L. M. T. (2011). Mini-Mental State Modificado (MMSM)(Processo INPI 483183 com despacho de concessão em 3/8/2011, inserido no Boletim da Propriedade Industrial Número 2011/08/08 (150/2011); Deferimento pela IGAC em 4/07/2011 – N° 3303/2011).
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Allen Gomes, A. (2010). In Proceedings of the 28th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP 2010), Athens, Greece. *Medicina*, (Ialp), 1–7.

- Mc Menamin, R., Tierney, E., & Mac Farlane, A. (2015). Addressing the long-term impacts of aphasia: how far does the Conversation Partner Programme go? *Aphasiology*, (February 2015), 1–25. <http://doi.org/10.1080/02687038.2015.1004155>
- McGilton, K. S. (2003). Development and Psychometric Evaluation of Supportive Leadership Scales. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72–86.
- National Aphasia Association. (2011). Aphasia FAQs | National Aphasia Association. Retrieved March 25, 2015, from <http://www.aphasia.org/aphasia-faqs/>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2015). Stroke Information Page: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Retrieved March 25, 2015, from <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>
- National Stroke Association. (2014). Understand Stroke. Retrieved March 25, 2015, from <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>
- O'Halloran, R., & Larkins, B. (2008). The ICF Activities and Participation related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2), 18–26. <http://doi.org/10.1080/14417040701772620>
- O'Halloran, R. T., Worrall, L. E., Toffolo, D., Code, C., & Hickson, L. M. H. (2004). *IFCI: Inpatient functional communication interview*. Oxon, UK: Speechmark Publ. Retrieved from <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:40782>
- OMS. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Papathanasiou, I., Coppens, P., & Potagas, C. (2011). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Vol. 3). David D. Cella. Retrieved from <http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ZvN3wHnyiYQC&pgis=1>
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123. <http://doi.org/10.1080/02687030600798337>
- Pearl, G., Sage, K., & Young, A. (2011). Involvement in volunteering: an exploration of the personal experience of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(19-20), 1805–1821. <http://doi.org/10.3109/09638288.2010.549285>
- Rose, T. (2012). 15 th IARC Monday 8 th October , 2012 Written stroke and aphasia information : Preferences of people with aphasia Tanya Rose : t.rose@uq.edu.au 15 th IARC Tanya Rose : t.rose@uq.edu.au, 1–6.
- Salter, K., Jutai, J., Foley, N., Hellings, C., & Teasell, R. (2006). Identification of aphasia post stroke: a review of screening assessment tools. *Brain Injury*, 20(6), 559–68. <http://doi.org/10.1080/02699050600744087>
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., Charles Victor, J., Rowland, A. C., Mok, A., Hoch, J. S., ... Streiner, D. L. (2011). The Assessment for Living with Aphasia: Reability and validity. *International Journal of Speech-Language Pathology*.

- Sireci, S. G. (1998). The Construct of Content Validity. *Social Indicators Research*, 45(1), 83–117. <http://doi.org/10.1023/A:1006985528729>
- Swinburn, C. A. (2004). *Evolution of the concepts and methods associated with exploring and measuring the impact of aphasia*. City University. Retrieved from <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.397873>
- Swinburn, K., & Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. London: Connect - the communication disability network.
- Vaz, A. M., Pinto, C. G., Ramos, F., Martins, J. C. L., Sennfelt, J., João, A., ... Barros, P. P. (1996). As Reformas dos Sistemas de Saúde.
- World Health Organization. (2001). *A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneve.
- Worrall, L. (1992). Functional communication assessment: An australian perspective. *Aphasiology*, 6(1), 105–110. <http://doi.org/10.1080/02687039208248581>
- Worrall, L., & Frattali, C. M. (2011). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. Retrieved from <http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=Q75TISo7WTAC&pgis=1>
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging: From Prevention to Intervention*. USA: Delmar Learning, 2003. Retrieved from http://books.google.pt/books/about/Communication_Disability_in_Aging.html?id=Yaksnv_p530C&pgis=1
- Worrall, L., McCooey, R., Davidson, B., Larkins, B., & Hickson, L. (2002). The Validity of Functional Assessments of Communication and the Activity/Participation Components of the ICDH-2: Do They Reflect What Really Happens in Real-Life?. *Journal of Communication Disorders*, 35(2), 107–37. Retrieved from <http://eric.ed.gov/?id=EJ647171>
- Yerxa, E. J. (1998). Spirit for Occupation, 52(6).
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, 13(3), 219–224. <http://doi.org/10.1080/026870399402190>

Anexos

Anexo 1 Cronograma recolha de dados grupo Norte

	Data	Conteúdo	Material / Instrumentos	Participantes
Fase 0	Maio	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com os participantes; • Apresentação sucinta do estudo; • Avaliação com a BAAL. • Avaliação com o MMSE adaptado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em <i>PowerPoint</i>; • BAAL; • MMSE adaptado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta da Fala responsável pela equipa do projeto de intervenção comunitária em Matosinhos (IPA).
Fase 1	Reunião 1	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos participantes; • Apresentação do projeto; • Apresentação do CDP; • Validação de conteúdo: “Cartões”, “Escalas”, “Introdução” e “Falar”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • Retroprojektor; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.
	Reunião 2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do projeto, CDP, objetivo da passada reunião e objetivo da presente reunião; • Validação de conteúdo: “Comunicar”, “Compreender”, “Ler”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.
	Reunião 3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do objetivo da passada reunião e objetivo da presente reunião; • Validação de conteúdo: “Escrever”, “Participação”, “Influências Externas”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.
	Reunião 4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do objetivo da passada reunião e objetivo da presente reunião; • Validação de conteúdo: “Escrever”, “Participação”, “Influências Externas”; 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.
		<ul style="list-style-type: none"> • Validação de conteúdo: “Emoções”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 		<ul style="list-style-type: none"> • 6 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.

Fase 2	Reunião 5	Julho	<ul style="list-style-type: none"> Validação de conteúdo do CDP integral (questionário inclusive). 	<ul style="list-style-type: none"> Folhas de papel; Lápis; Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; CDP; Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> 6 Elementos do grupo (painel peritos); Aluna de Mestrado. TF responsável pela equipa do projeto de intervenção comunitária em Matosinhos (IPA).
Fase 3	Reunião 6	Setembro	Revisão do objetivo do projeto, análise do CDP validado e sua comparação com o original.	<ul style="list-style-type: none"> Folhas de papel; Lápis; Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; CDP original e CDP validado; Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> 4 Elementos do grupo (painel peritos); Aluna de Mestrado.
Fase 4	Reunião 1	Novembro	Validação do grupo de sugestões heterogéneas, para obtenção da versão final validada do CDP para a população portuguesa com afasia.	<ul style="list-style-type: none"> Folhas de papel; Lápis; Computador com recurso a apresentação em <i>PowerPoint</i>; CDP original; Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 Elementos (painel de peritos); Aluna de Mestrado.

Anexo 2 Cronograma recolha de dados grupo Centro

	Data	Conteúdo	Material / Instrumentos	Participantes
Fase 0	Setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com os participantes; • Apresentação sucinta do estudo; • Avaliação com a BAAL e MMSE adaptado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação em <i>PowerPoint</i>; • BAAL • MMSE adaptado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientadora.
Fase 1	Reunião 1 Setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos participantes; • Apresentação do projeto; • Apresentação do CDP; • Validação de conteúdo: “Cartões”, “Escala”, “Introdução” e “Falar”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.
	Reunião 2 Setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do projeto, CDP, objetivo da reunião passada e objetivo da presente reunião; • Validação de conteúdo: “Comunicar”, “Compreender”, “Ler”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Elementos do grupo (painel peritos); • Orientadora; • Aluna de Mestrado.
	Reunião 3 Setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do objetivo da passada reunião e objetivo da presente reunião; • Validação de conteúdo: “Escrever”, “Participação”, “Influências Externas”; • Apresentação do objetivo da próxima reunião; • Feedback: pontos fortes e fracos da reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Elementos do grupo (painel peritos); • Aluna de Mestrado.
	Reunião 4 Setembro	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do objetivo da passada reunião e objetivo da presente reunião; • Validação de conteúdo: “Escrever”, “Participação”, “Influências Externas”; 	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Elemento do grupo (painel peritos); • Aluna de Mestrado.

Fase 2	Reunião 5	Outubro	Validação de conteúdo do CDP integral (questionário inclusive).	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Elementos do grupo (painel peritos); • Aluna de Mestrado.
Fase 3	Reunião 6	Outubro	Revisão do objetivo do projeto, análise do CDP validado e comparação com o original.	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computadores com recurso a apresentações em <i>PowerPoint</i>; • CDP original e CDP validado; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Elementos do grupo (painel peritos); • Aluna de Mestrado.
Fase 4	Reunião 1	Novembro	Validação do grupo de sugestões heterogéneas, para obtenção da versão final validada do CDP para a população portuguesa com afasia.	<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de papel; • Lápis; • Computador com recurso a apresentação em <i>PowerPoint</i>; • CDP original; • Câmara de filmar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Elementos do grupo (painel peritos); • Aluna de Mestrado.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer Nº 266-03/2015

Título do Projecto:

Validação de conteúdo do Communication Disability Profile (CDP)

Identificação do Proponente

Nome(s): Maria Assunção Matos (Orientadora) e Luís Miguel Teixeira de Jesus (Coorientador)
Ana Carolina Meno Serra (aluna do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da
Universidade de Aveiro)

Afiliação Institucional: Universidade de Aveiro

Investigador Responsável/Orientador: Maria Assunção Matos e Luís Miguel Teixeira de Jesus

Relator: José Carlos Amado Martins

Parecer

Os investigadores propõem desenvolver "estudo fenomenológico, de validação qualitativa", tendo como objectivo realizar a "validação de conteúdo do instrumento *Communication Disability Profile* (CDP), de forma a fornecer aos terapeutas da fala um meio adequado à avaliação das consequências da afasia na vida diária das PCA". A amostra será constituída por "5 pessoas com afasia que se enquadrem nos critérios de inclusão".

Os critérios de inclusão e exclusão são definidos.

É garantida a confidencialidade da informação colhida e o anonimato dos participantes.

É apresentado documento para informação aos participantes com características específicas adequadas à população em estudo.

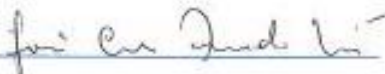
Será utilizado documento escrito para obtenção do consentimento, que é apresentado.

O recrutamento dos participantes será feito através de profissionais de saúde (terapeutas da fala, enfermeiros e psicólogos) da equipa que constitui um projeto de intervenção comunitária em Matosinhos designado por Afasia 3D. A recolha de dados acontecerá nas instalações da Universidade de Aveiro ou no domicílio dos participantes.

Atendendo ao formato da investigação, esta Comissão é de parecer favorável à sua concretização.

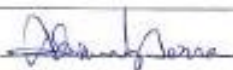
O presente parecer não dispensa a autorização da instituição ou coordenador do projecto a partir do qual serão recrutados os participantes.

O relator:



Data: 29/04/2015

O Presidente da Comissão de Ética:



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

Consentimento Informado – Pessoas com Afasia



Por favor, leia
com atenção esta informação.

Sou estudante da Universidade de Aveiro.

Estou a realizar uma Dissertação de Mestrado.

Para isso, vai realizar-se um Estudo.

O mesmo está a ser orientado

pelos professores Assunção Matos e Luís Jesus.



Pretende-se com este estudo:

Validar um instrumento de avaliação

que permita ao Terapeuta da Fala na sua avaliação,



explorar as consequências da afasia,
na perspetiva da pessoa com afasia, na
sua vida diária.

Pretende-se, contribuir para o aumento da eficácia
da intervenção terapêutica,



com a conseqüente melhoria da qualidade de
vida das Pessoas com afasia.

Para isso:



Precisamos de recolher alguns dados sobre si e a
sua doença.



Queremos a sua opinião sobre o instrumento em estudo.



Queremos sugestões!



Queremos saber se concorda com o que é proposto neste instrumento de avaliação.



Não há qualquer perigo para si.



Não tem que pagar nada!

Não recebe dinheiro por colaborar connosco!

Não ganhamos dinheiro por fazer este trabalho



Este estudo é confidencial e anónimo!



O estudo foi-me explicado. Compreendi tudo o que me foi dito e foram respondidas todas as questões que coloquei. Estou de acordo em participar no estudo.

Nome: _____

Iniciais: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

Nome: _____

BI/CC N.º: _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____

(Amogo por não poder assinar)

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Certifico que o estudo de investigação foi por mim explicado ao indivíduo acima mencionado, incluindo os objetivos, procedimentos, possíveis riscos e os benefícios latentes relacionados com a participação neste estudo de investigação e que as questões colocadas foram respondidas satisfatoriamente.

O investigador responsável:

Nome: Ana Carolina Meno Serra

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 5 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A ALUNA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Autorização para recolha de dados em suporte

áudio e visual – Pessoas com Afasia

No seguimento do estudo para

validar um instrumento de avaliação

venho pedir a sua autorização



para filmar as reuniões



de forma a facilitar a recolha e análise

dos seus comentários e sugestões.



Esta recolha tem um fim meramente académico.



Será garantida o anonimato



e confidencialidade dos seus dados.

O estudo foi-me explicado. Compreendi tudo o que me foi dito e foram respondidas todas as questões que coloquei. Estou de acordo em participar no estudo.

Nome: _____

Iniciais: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

Nome: _____

BI/CC N.º: _____ Data ou Validade: ____/____/____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____

(Arrego por não poder assinar)

Anexo 5 Guião para entrevistas

Guião para Entrevista

Clareza dos itens

- Palavras usadas são fáceis de entender;
- Os itens são claros, bem formulados, fáceis de compreender;
- Deve ser substituída alguma palavra;
- Deve ser retirada alguma palavra, informação;
- Deve ser acrescentada alguma informação.

Relevância dos itens

- Os itens são pertinentes;
- Os itens estão de acordo com a nossa realidade;
- Os itens cobrem as necessidades sentidas;
- Sente que ficou alguma coisa por abordar.

Ambiguidade dos itens

- Compreende-se o que pretendem questionar.

Design

- O tipo de letra é apropriado;
- O tamanho de letra é apropriado;
- Deve ser realçada alguma palavra;
- O espaçamento entre linhas é suficiente;

Sugestões

Imagens

Clareza das imagens

- As imagens são perceptíveis;
- Deve ser retirada alguma coisa;
- Deve ser acrescentada alguma coisa;
- Deve ser modificada alguma coisa.

Ambiguidade das imagens
<ul style="list-style-type: none"> • As imagens usadas são as mais adequadas, vão de encontro ao que é pretendido.
<i>Design</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Imagens a cores VS preto e branco
Sugestões